

Imię i nazwisko

Numer prawa wykonywania zawodu

Telefon kontaktowy

.....
miejscowość

.....
data

**Okręgowa Rada Lekarska
w Zielonej Górze
ul. Batorego 71
65-735 Zielona Góra**

Wniosek o zasiłek z tyt. urodzenia dziecka

Zwracam się z prośbą o wypłacenie zasiłku z tyt. urodzenia dziecka.

.....
podpis

Numer konta bankowego, na które ma zostać dokonany przelew

Dane do PIT:

Urząd Skarbowy

Adres zamieszkania zgłoszony do US.....

Pesel

.....
podpis

Załączniki:

Akt urodzenia dziecka