

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

**Komisja Socjalna
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Koszalinie**

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TITULU
URODZENIA/ADOPCJI DZIECKA**

Zwracam się prośbą o przyznanie z funduszu socjalnego świadczenia z tytułu urodzenia dziecka/adopcji dziecka

.....
imię i nazwisko rodzica członka* OIL w Koszalinie

Kwotę przyznanego świadczenia odbiorę osobiście w kasie OIL w Koszalinie*/ proszę przekazać na rachunek bankowy nr*

Do wniosku załączam:

- kserokopię aktu urodzenia dziecka*,
- dokument potwierdzający adopcję dziecka*.

.....
Podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić