

Koszalin, dnia ..... r.

.....

Imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania

.....

Nr PWZ

.....

tel. kontaktowy / mail

**Komisja Kształcenia Medycznego  
i Młodych Lekarzy  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Koszalinie  
ul. Orzechowa 40  
75-667 Koszalin**

### Wniosek

Działając w imieniu własnym wnoszę o dofinansowanie zakupu podręcznika medycznego.  
Kwotę przyznanego dofinansowania proszę przekazać na moją rzecz, przelewem na poniższy  
numer rachunku bankowego:

.....

Z poważaniem,

Załączniki:

1. Faktura imienna na zakup podręcznika