

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 szczepień mojego dziecka
.....lat

Kwotę przyznanego dofinansowania proszę przekazać na moją rzecz, przelewem na poniższy
numer rachunku bankowego:

.....

Z poważaniem,

Załączniki:

1. Faktura imienna na zakup szczepionek