

.....  
miejsowość i data

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
nr prawa wykonywania zawodu

**Komisja Socjalna  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Koszalinie**

**WNIOSEK O PRYZNANIE ZAPOMOGI LOSOWEJ**

Zwracam się prośbą o przyznanie z funduszu socjalnego zapomogi losowej w wysokości

.....

Wniosek swój uzasadniam:

.....  
.....  
.....

1. Mój dochód netto: pensja\*/emerytura\*/renta\*/zasiłek\* wynosi:.....zł

2. Oświadczam, że we wspólnym ze mną gospodarstwie domowym pozostają osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Dochód miesięczny netto
<i>Dane dotyczące wnioskodawcy</i>			
1			
<i>Dane dotyczące pozostałych osób</i>			
2			
3			
4			
<b>Dochód razem</b>			

3. Oświadczam, że powyższe dane złożyłem\*/złożyłam\* zgodnie z prawdą.

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

Do wniosku załączam:

- ostatni odcinek renty\*, emerytury\* lub inne dokumenty\* potwierdzające dochody wnioskodawcy,
- dokumenty potwierdzające dochody osób pozostających z ubiegającym się o pomoc we wspólnym gospodarstwie domowym\*,
- kserokopie kart wypisowych ze szpitala oraz aktualne zaświadczenie o stanie zdrowia ubiegającego się o pomoc w związku z leczeniem przewlekłej choroby\*.

.....  
Podpis wnioskodawcy

\* niepotrzebne skreślić