

Toruń, 202_ r.

lek./ lek. dent.
nr PWZ
specjalizacja
zatrudniony w
adres zam.
tel.
e-mail
bank i nr konta
.....
urząd skarbowy podatnika
.....

**Kujawsko-Pomorska Okręgowa
Izba Lekarska w Toruniu**

WNIOSEK

o dofinansowanie szczepienia

Niniejszym wnoszę o dofinansowanie w kwocie zł szczepienia
wykonanego na rzecz przez
w dniu 202_ r.

Oświadczam, że spełniam wszystkie wymogi określone w § 1 i 2 regulaminu dofinansowania.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem dofinansowania, w pełni akceptuję
wszystkie jego postanowienia oraz, że wszystkie podane powyżej informacje są zgodne
z prawdą.

(czytelny podpis)

Uwagi dodatkowe:

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