

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

Toruń, dnia .....

/imię i nazwisko osoby wnioskującej/

**Okręgowa Rada Lekarska  
Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej  
Izby Lekarskiej w Toruniu**

### **WNIOSEK O ZAPOMOGE**

W związku ze śmiercią ..... proszę o wypłacenie  
/imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa/

mi zgodnie z Uchwałą ORL nr 188/IX/2024 z dnia 12 grudnia 2024 r. zapomogi pośmiertnej

na moje konto nr: .....

.....

/podpis/

Załącznik:

- Akt zgonu