……………..,...............20…....r.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………….. / Imię i nazwisko/  |  /miejscowość, data/ |
| ….........................................................…......................................................... /adres/ |  |
| …......................................................... / tel. kontaktowy/ |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Okręgowa Rada Lekarska** **KPOIL w Toruniu** |

Proszę o zwolnienie z płacenia składek od dnia............................do dnia.............................

z powodu.................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | …........................................ /podpis/ |