……………..,...............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/ |