

Toruń,.....
(data)

.....
Imię i nazwisko
.....

.....
adres
.....

.....
tel. kontaktowy

**Okręgowa Rada Lekarska KPOIL
w Toruniu**

W związku ze śmiercią
(wpisać stopień pokrewieństwa oraz imię i nazwisko zmarłego)

proszę o wypłacenie mi zgodnie z Uchwałą nr 54/IX/2024 z dnia 9 maja 2024 r.
zapomogi pośmiertnej

na moje konto :.....

.....
podpis

Załącznik:
1. Akt zgonu.