

# AKTUALIZACJA DANYCH CZŁONKA WIL

<b>DANE OSOBOWE</b>				
nazwisko	Nr pwz	Nr NIP		
imię	-----	-- -- -- --		
<b>STOSUNEK DO SŁUŻBY WOJSKOWEJ</b>	_____ (data przejścia do rezerwy)			
_____	_____ (rodzaj i numer pobieranego świadczenia) – należy załączyć dokument potwierdzający			
	_____ (data przyznania świadczenia)			
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>				
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lok.
-- -- -- --				
Tel. domowy	Tel. kom.	Fax	e-mail:	
( ) -----	-----	( ) -----		
<b>ADRES DO KORESPONDENCJI – wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania</b>				
Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lok.
-- -- -- --				
Tel. domowy	Tel. kom.	Fax	e-mail:	
( ) -----	-----	( ) -----		
<b>MIEJSCE PRACY – załączyć zaświadczenie o zatrudnieniu lub jeśli jest to praktyka prywatna, oświadczenie o jej kontynuowaniu.</b>				
Nazwa zakładu pracy	Kod poczt.	Miejscowość	Ulica	Nr
	-- -- -- --			
Data rozpoczęcia pracy	Oddział	Zajmowane stanowisko	Forma zatrudnienia	
-- -- -- --				
<b>POSIADANE SPECJALIZACJE (te, które nie są w posiadaniu WIL) – załączyć kserokopię dokumentów</b>				
_____ _____ _____				
<b>POSIADANE TYTUŁY I STOPNIE NAUKOWE (te, które nie są w posiadaniu WIL) – załączyć kserokopię dokumentów</b>				
_____ _____ _____				

.....  
miejscowość, data

.....  
imienna pieczęć i podpis lekarza

**PROSIMY ODESŁAĆ NA ADRES:**

**Wojskowa Izba Lekarska  
Komisja ds. Rejestru lekarzy  
ul. Koszykowa 78  
00-909 Warszawa**