

.....
/miejsowość, data/

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL: PWZ:

Urząd Skarbowy:

Nr telefonu: e-mail:

**Komisja Socjalna
Wojskowej Izby Lekarskiej
w Warszawie**

WNIOSEK

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie zapomogi bezzwrotnej w wysokości:
.....zł /słownie złotych:

Wniosek uzasadniam:

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

Załączniki:

-
-
-

Oświadczam, że powyższe dane złożyłem/am zgodnie z prawdą.

W przypadku przyznania świadczenia proszę o przekazanie środków przelewem na mój rachunek w banku:
o nr:

.....
/podpis wnioskodawcy/

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji niniejszego świadczenia (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

.....
/podpis wnioskodawcy/