…………………………………………………………

/miejscowość, data/

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………..………….

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………..…………

PESEL: ………………………………………… PWZ: ……………………..…………..

Urząd Skarbowy: ……………………………………………………………………………..………….………………

Nr telefonu: …………………………………….. e-mail: ………………………………….……..…

**Komisja Młodych Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie**

**WNIOSEK**

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie zapomogi bezzwrotnej w wysokości: 1000 zł z tytułu urodzenia / przysposobienia \* dziecka.

\*niepotrzebne skreślić

Załączniki:

* Oświadczenie RODO i zgoda na przetwarzanie danych
* Dokument potwierdzający urodzenie (kserokopia aktu urodzenia) lub przysposobienia dziecka (kserokopia dokumentu potwierdzającego przysposobienie dziecka).

Oświadczam, iż 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/