AKTUALIZACJA DANYCH CZŁONKA WIL

DANE OSOBOWE		
…… *nazwisko* …… *imię*	*nr PWZ* ……..	*nr NIP* ……
STOSUNEK DO SŁUŻBY WOJSKOWEJ …… …….. *stopień wojskowy /nie zgłoszony do WIL - załączyć dokument potwierdzający/*	…… *data przejścia do rezerwy* …… *rodzaj i numer pobieranego świadczenia (załączyć dokument potwierdzający)*	…… *data przyznania świadczenia*

ADRES ZAMELDOWANIA				
…… *kod pocztowy*	*miejscowość* ……	*ulica* ……	*nr domu* ……	*nr lok.* ……
tel. domowy /…/……	*tel. komórkowy* ……	*fax* ……	*e-mail:* ……	

ADRES ZAMIESZKANIA /KORESPONDENCYJNY/* **wypełnić jeżeli jest inny niż adres zameldowania*				
…… *kod pocztowy*	*miejscowość* ……	*ulica* ……	*nr domu* ……	*nr lok.* ……
tel. domowy /…./ ……	*tel. komórkowy* ……	*fax.* ……	*e-mail:* ……	

MIEJSCE PRACY *załączyć zaświadczenie o zatrudnieniu lub jeśli jest to praktyka prywatny, oświadczenie o jej kontynuowaniu*				
…… *nazwa zakładu pracy*	*kod pocztowy* ……	*miejscowość* ……	*ulica* ……	*nr* ……
data rozpoczęcia pracy ……	*oddział* ……	*zajmowane stanowisko* ……	*forma zatrudnienia* ……	

POSIADANE SPECJALIZACJE *nie zgłoszone do WIL /załączyć kserokopię dokumentów/*
…… ……

POSIADANE TYTUŁY I STOPNIE NAUKOWE *nie zgłoszone do WIL /załączyć kserokopię dokumentów/*
…… ……

……
miejscowość, data

……
imienna pieczątka lekarza, podpis

PROSIMY ODESŁAĆ NA ADRES:
Wojskowa Izba Lekarska
02-625 Warszawa, ul. J.P. Woronicza 15
REGON 006231150 NIP 113-19-36-487

LUB NA ELEKTRONICZNĄ SKRZYNKĘ PODAWCZĄ WIL:
/WIL/skrytkaESP