

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE  
DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DLA LEKARZY I LEKARZY  
DENTYSTÓW, KTÓRZY NIE UKOŃCZYLI 35 ROKU ŻYCIA  
(UCHWAŁA nr 58/2015 DRL z dnia 02.04.2015r.)**

1. Nazwisko i imię .....
2. Kwota dofinansowania .....
3. Nr konta .....
4. Pesel .....
5. Adres zameldowania .....
6. Urząd skarbowy .....
7. Adres zamieszkania .....

W załączeniu:

1. Certyfikat potwierdzający odbycie kursu i faktura za kurs.
2. W przypadku publikacji artykułu: artykuł oraz faktura za opublikowanie (w przypadku dokumentów wystawionych w języku obcym, należy przedłożyć tłumaczenie wykonane przez biuro tłumaczeń).

Oświadczam, że wywiązuję się na bieżąco z obowiązku opłacania składek na rzecz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

.....  
podpis

Data wpłynięcia wniosku: