

.....
imię i nazwisko

.....
nr prawa wykonywania zawodu

.....
adres do korespondencji

.....
telefon, e-mail

lekarz orzecznik/ lekarz członek komisji lekarskiej/ konsultant*

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

w

**Dolnośląska Izba Lekarska
ul. Kazimierza Wielkiego 45
50-077 Wrocław**

Wniosek

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia dotyczącego niekaralności zawodowej celem przedłożenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.

Zaświadczenie odbiorę osobiście*/ wysłać pocztą na adres*

.....
.....
Upoważniam do odbioru ww. zaświadczenia*

.....
imię i nazwisko, nr dowodu osobistego

Oświadczenie

Oświadczam, że regularnie opłacam składkę członkowską na rzecz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu.

.....
miejsowość, data

.....
podpis, pieczęć

* niepotrzebne skreślić