

.....
(imię i nazwisko)

.....dn.....

.....

.....
(miejsce pracy)

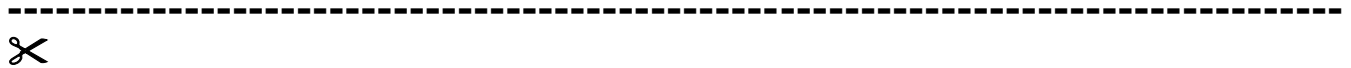
**Dolnośląska Izba Lekarska
Ul. Kazimierza Wielkiego 45
50-077 Wrocław**

Informuję, że złożyłem/am deklarację w Sekcji Płac Zakładu celem potrącania składki członkowskiej na rzecz Izby Lekarskiej od dnia.....
Odnosnie składki zaległej proszę podać termin i sposób uiszczenia opłaty/.....

.....

.....
potwierdzenie sekcji płac

.....
podpis i pieczętka lekarza



.....
imię i nazwisko

.....

.....
miejsce pracy

**Sekcja Płac
w/m**

DEKLARACJA

Wyrażam zgodę na potrącanie (z comiesięcznych poborów) składki członkowskiej na rzecz Izby Lekarskiej w **wysokości 120,00zł./miesięcznie**.
Zgodnie z Uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 27/14/VII z dnia 5 września 2014r. w sprawie wysokości składki członkowskiej.

.....
data i podpis lekarza