

Miejscowość, dnia

(imię i nazwisko)

(numer Prawa Wykonywania Zawodu)

DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA WE WROCŁAWIU
UL. KAZIMIERZA WIELKIEGO 45
50-077 WROCŁAW

WNIOSEK DOTYCZĄCY ZMIANY ADRESU ZAMIESZKANIA I ADRESU KORESPONDENCYJNEGO

Informuję, że z dniem _____ r. zmieniłem/-am adres zamieszkania/ adres korespondencyjny

OBECNY ADRES ZAMIESZKANIA:

(Miejscowość, kod pocztowy, nazwa ulicy, nr domu, nr mieszkania)

OBECNY ADRES KORESPONDENCYJNY:

(Miejscowość, kod pocztowy, nazwa ulicy, nr domu, nr mieszkania)

AKTUALNY NUMER TELFONU:

AKTUALNY ADRES E-MAIL:

(podpis)

Jeżeli posiadasz skonfigurowany program pocztowy, możesz wysłać wypełniony wniosek przy jego pomocy klikając poniższy przycisk.
Jeżeli nie posiadasz skonfigurowanego programu pocztowego, przed wysłaniem wniosku wymagane jest zapisanie wniosku na dysk i wysłanie jako załącznik.