

.....
(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 w wysokości **120,00zł.** na rzecz Izby Lekarskiej od dnia.....

.....
potwierdzenie sekcji płac

.....
podpis i pieczęć 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 kwocie **120,00zł.**

Zgodnie z Uchwałą Nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 05 września 2014 r. zmienionej Uchwałą Nr 38/22/IX NRL z dnia 21 października 2022r. oraz Uchwałą Nr 60/22/IX NRL z dnia 16 grudnia 2022 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej.

.....
data i podpis lekarza