

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE
DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW,
KTÓRZY NIE UKOŃCZYLI 35 ROKU ŻYCIA
(uchwała nr 143/2022 DRL z dnia 15.12.2022r.)**

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

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: