

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE  
NIEOBOWIĄZKOWYCH KURSÓW DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
REALIZUJĄCYCH PROGRAM SPECJALIZACYJNY  
(uchwała nr 141/2022 DRL z dnia 15.12.2022r.)**

1. **Nazwisko i imię** .....
2. **Specjalizacja** .....
3. **Okres specjalizacji (rozpoczęcie i zakończenie)**.....
4. **Kwota dofinansowania** .....
5. **Nr konta** .....
6. **Pesel** .....
7. **Adres zameldowania** .....
8. **Adres zamieszkania** .....
9. **Urząd skarbowy** .....

W załączeniu:

1. Dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji.
2. Certyfikat potwierdzający odbycie kursu.
3. Faktura za kurs. W przypadku faktury wystawionej 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: