WNIOSEK O DOFINANSOWANIE
DO NIEOBOWIĄZKOWYCH KURSÓW DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
RELIZUJĄCYCH PROGRAM SPECJALIZACJYJNY
(uchwała nr 228/2026 DRL z dnia 22.10.2026r.)

1. **Nazwisko i imię** ……
2. **Kwota dofinansowania** ……
3. **Data rozpoczęcia specjalizacji** ……
4. **Data zakończenia specjalizacji** ……
5. **Dziedzina specjalizacji** ……
6. **Nr konta** ……
7. **Pesel** ……
8. **Adres zamieszkania** ……
9. **Urząd skarbowy** ……

Oświadczam, że wywiązuję się na bieżąco z obowiązku opłacania składek na rzecz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną Administratora Danych Osobowych opublikowaną na stronie dilnet.wroc.pl w zakładce dofinansowanie kształcenia i nagrody.

……
Podpis wnioskodawcy

Data wpłynięcia wniosku: