Załącznik nr 1 do regulaminu Komisji Socjalnej OIL w Gdańsku

 ...................................................

 /miejscowość, data/

Imię i nazwisko ……………………………………..

Adres zamieszkania ……………………………………..

PESEL ………………………... PWZ…………………..

Urząd Skarbowy …………………………..

Nr telefonu ……………………………………..

 **Komisja Socjalna**

 **Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku**

**WNIOSEK**

Zwracam się o przyznanie z funduszu samopomocy zapomogi zwrotnej\*/bezzwrotnej\* w wysokości …………………………………….

Wniosek uzasadniam:

…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Ostatni raz z funduszu samopomocy Komisji Socjalnej korzystałem/am………..……….......

Moja sytuacja finansowa:

*Dochód:* pensja/emerytura/renta/zasiłek …………………………………………………

Koszty utrzymania:

Czynsz: …………………………………wyżywienie……………………………….

Koszty leczenia\*/rehabilitacji\*: ……………………………………………………………….

Inne: ……………………………………………………………………………………………

Oświadczam, iż nie zalegam\*/zalegam\* ze składkami członkowskimi za okres……..

Oświadczam, iż powyższe dane złożyłem/am zgodnie z prawdą.

W przypadku przyznania świadczenia proszę o przekazanie środków przelewem na rachunek bankowy: ……………………………………………………………………………………….

 ……………………………..

 /podpis wnioskodawcy/

\*niepotrzebne skreślić