

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(numer Prawa Wykonywania Zawodu)

Okręgowa Rada Lekarska
Wielkopolska Izba Lekarska
ul. Nowowiejskiego 51
61-734 Poznań

WNIOSEK O OBNIŻENIE KWOTY SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ DO 10 ZŁ/M-C

Zgodnie z Uchwałą Nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej § 2. Proszę o obniżenie kwoty składki członkowskiej do 10 zł/m-c.

Jednocześnie oświadczam, że spełniam wszystkie wymienione we wspomnianej uchwale wymogi uprawniające mnie do wnioskowania o obniżoną kwotę składki członkowskiej.

Do wniosku załączam:

1. Decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przyznaniu emerytury lub renty;
2. Kserokopię zeznania o wysokości dochodu uzyskanego w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku.

.....
(podpis)