

Data.....

Nr wniosku.....

imię i nazwisko lekarza
lub lekarza dentystry

.....

adres zamieszkania

.....

PESEL

.....

Nazwa i adres urzędu skarbowego

Wniosek o wypłatę zasiłku z tytułu urodzenia/przysposobienia dziecka

Proszę o wypłatę zapomogi z tytułu urodzenia/przysposobienia* mojego syna/ córki :

.....

Imię i nazwisko dziecka

urodzonego w dniu

Kserokopia aktu urodzenia dziecka nr

Zapomogę z tytułu urodzenia dziecka proszę przekazać przelewem na konto nr:

.....

**niepotrzebnie skreślić*

.....

Podpis

Wnioskodawca spełnia/ nie spełnia warunki przyznawania zasiłku z tytułu urodzenia lub przysposobienia dziecka.

**Decyzją Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej z dnia
zasiłek zostanie przekazany na wskazany numer konta.**

Data przelewu

Klauzula Informacyjna

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej RODO) Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach informuje, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach

Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach przetwarza dane osobowe w celu realizacji Uchwały ORL nr 18/2019/VIII ORL ws. przyznania zasiłku z tytułu urodzenia lub przysposobienia dziecka.