

WNIOSEK		Numer:
O PRYZNANIE CZĘŚCIOWEJ REKOMPENSATY		Data wpływu:
Za uzyskanie specjalizacji, podspecjalizacji lub stopnia naukowego		
Nazwisko i imię:		Nr prawa wyk. Zawodu
PESEL:	nazwa i adres urzędu skarbowego:	
Adres zamieszkania: Ul. tel.		
Oświadczam, że w dniu uzyskałam/ uzyskałem		
Specjalizację w zakresie:		
Dołączam kserokopie dyplomu nr		
Przyznaną rekompensatę proszę przekazać przelewem na konto:		
Numer konta:		
OŚWIADCZENIE		
<i>Oświadczam, że jestem członkiem Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach od dnia i regularnie opłacam składki członkowskie.</i>		
Data:	Podpis i imienna pieczęć	
OPINIA KOMISJI SOCJALNEJ ŚIL W KIELCACH		
Wnioskodawca spełnia/ nie spełnia warunki przyznania rekompensaty.		
Data:	Podpis:	
REKOMPENSATĘ PRZEKAZANO NA PODANE KONTO BANKOWE W DNIU		
Powyższe dane są niezbędne do wystawienia deklaracji PIT11		
<p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach niezbędnych z przyznaniem rekompensaty udzielonej przez Świętokrzyską Izbę Lekarską w Kielcach zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019r., poz. 1781).</p>		