

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko

PESEL:

.....
adres zamieszkania

**Komisja Socjalna
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Koszalinie**

WNIOSEK O WYPŁATĘ ODPRawy POŚMIERTNEJ

Zwracam się prośbą o przyznanie z funduszu socjalnego odprawy pośmiertnej po zmarłym

.....
imię i nazwisko zmarłego członka* OIL w Koszalinie

1. Oświadczam, że zmarły*/zmarła* był moim:
wpisać stopień pokrewieństwa
2. Oświadczam, że jestem jedynym*/nie jedynym* uprawnionym(a) do odprawy pośmiertnej po zmarłym*/zmarłej*.
3. Oświadczam, że do odbioru odprawy pośmiertnej zostałem*/zostałam* jednomyślnie wskazany*/wskazana* przez pozostałych uprawnionych.
4. Oświadczam, że powyższe dane złożyłem*/złożyłam* zgodnie z prawdą.
5. Kwotę przyznanej odprawy pośmiertnej odbiorę osobiście w kasie OIL w Koszalinie*/proszę przekazać na rachunek bankowy nr*

Do wniosku załączam:

- kserokopię aktu zgonu,

.....
Podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić