

Koszalin, dnia r.

.....

Imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania

.....

Nr PWZ

.....

tel. kontaktowy / mail

**Komisja Kształcenia Medycznego
i Młodych Lekarzy
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Koszalinie
ul. Orzechowa 40
75-667 Koszalin**

Wniosek

Działając w imieniu własnym wnoszę o dofinansowanie zakupu podręcznika medycznego.

Kwotę przyznanego dofinansowania proszę przekazać na moją rzecz, przelewem na poniższy numer rachunku bankowego:

.....

Z poważaniem,

Załączniki:

1. Faktura imienna na zakup podręcznika