

.....  
miejsowość i data

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

**Komisja Socjalna  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Koszalinie**

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TITULU  
URODZENIA/ADOPCJI DZIECKA**

Zwracam się prośbą o przyznanie z funduszu socjalnego świadczenia z tytułu urodzenia dziecka/adopcji dziecka

.....  
imię i nazwisko rodzica członka\* OIL w Koszalinie

Kwotę przyznanego świadczenia odbiorę osobiście w kasie OIL w Koszalinie\*/ proszę przekazać na rachunek bankowy nr .....\*

Do wniosku załączam:

- kserokopię aktu urodzenia dziecka\*,
- dokument potwierdzający adopcję dziecka\*.

.....  
Podpis wnioskodawcy

\* niepotrzebne skreślić