*Załącznik do uchwały nr 34/23/IX*

Imię i Nazwisko……………………………………………………….

Nr PWZ…………………………………………………………………..

e-mail……………………………………………………………………..

Telefon kom. ………………………………………………………….

**Okręgowa Rada Lekarska w Opolu**

Zwracam się z wnioskiem o obniżenie składki członkowskiej z tytułu przynależności do Samorządu Lekarzy i Lekarzy Dentystów do 60,- zł miesięcznie na okres ……………………………..

Uzasadnienie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Załączniki:**

**** Oświadczenie o przychodach wnioskodawcy za 3 ostatnie miesiące poprzedzające złożenie wniosku

**** Inne (wymienić jakie) …………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Adnotacje Izby Lekarskiej:**

**** wnioskodawca nie posiada zaległości w opłacaniu składki członkowskiej

**** wnioskodawca posiada zaległości w opłacaniu składki członkowskiej w kwocie …………………………

**Decyzja Okręgowej Rady Lekarskiej**

**** Przyznano obniżenie składki członkowskiej na okres …………………………………...

**** Nie przyznano obniżenia składki członkowskiej

Sekretarz ORL Prezes ORL