

WYPEŁNIJ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko: _____

____ kwietnia 2025

Adres zamieszkania: _____

Numer PWZ: _____

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że brałem/brałam udział w certyfikowanym kursie "**Szkoła CBCT**" dla stomatologów, który odbył się 5 kwietnia w Śląskiej Izbie Lekarskiej. Oświadczam również, że jestem członkiem Śląskiej Izby Lekarskiej, lekarzem dentystą i nie zalegam ze składkami członkowskimi.

Zwracam się z prośbą o przełanie kwoty dofinansowania na numer rachunku bankowego:

[illegible]

Właściciel rachunku:

Czytelny podpis