

WIOSEK O PRYZNANIE BEZZWROTNEGO ŚWIADCZENIA W ZWIĄZKU Z URODZENIEM DZIECKA

1. Imię:

[illegible]

2. Nazwisko:

[illegible]

3. Adres zamieszkania:

.....

4. Miasto: **Kod pocztowy:**-.....

5. Gmina **Powiat**

6. Województwo:

7. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania) :

.....

.....

8. Identyfikator podatkowy PESEL

9. Telefon: **9. Mail:**

10. Nr konta:

[illegible]

11. Data urodzenia dziecka:

		-			-				r.
--	--	---	--	--	---	--	--	--	----

12. Nazwa i adres właściwego Urzędu Skarbowego:

.....

Oświadczam, że powyższe dane kontaktowe są aktualne. Przyjmuję do wiadomości, że podane przeze mnie informacje posłużą do zaktualizowania moich danych zawartych w rejestrze lekarzy i lekarzy dentyistów prowadzonym przez Okręgową Radę Lekarską w Katowicach.

data

podpis:

Informacia:

Kwota wypłaconej zapomogi ujęta zostanie w deklaracji PIT-11, wystawionej po zakończeniu roku kalendarzowego, w którym nastąpiła wypłata świadczenia dla osoby będącej beneficjentem ww. zapomogi.

Załącznik: kopia/e aktu urodzenia dziecka/i nr do weryfikacji wniosku

Informacja z działu księgowości:

9

Brak zaległości

podpis:

☐

Zaległości w kwocie

Akceptacja:

Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych osobowych dostępne są pod linkiem:

<https://izba.lekarska.org.pl/images/dokumenty/klauzulainformacyjna-dot.-zasilku-z-tytulu-narodzin-dziecka.docx> lub w siedzibie Administratora.