

WIOSEK O PRYZNANIE BEZZWROTNEGO ŚWIADCZENIA W ZWIĄZKU Z URODZENIEM DZIECKA

1. Imię: JAN

2. Nazwisko: KOŁAŁSKI

3. Adres zamieszkania:

AKACJOWA 38/8

4. Miasto: KATOŁICE Kod pocztowy: 40-102

5. Gmina: KATOŁICE Powiat: KATOŁICE

6. Województwo: ŚLĄSKIE

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

ul. Wolności 100
CHOROŹ 44-500

8. Identyfikator podatkowy PESEL: 90012512345

9. Telefon: 501-123-456 9. Mail: j.kowalski@

10. Nr konta:

32102000001000123400001234

11. Data urodzenia dziecka: 10-07-2022 r.

12. Nazwa i adres właściwego Urzędu Skarbowego:

URZĘD SKARBOWY KATOŁICE
ŻWIŁKI I ŁIGURY 17

Oświadczam, że powyższe dane są aktualne.

Przyjmuję do wiadomości, że dane kontaktowe posłużą do zaktualizowania rejestru lekarzy.

data: 30.08.2022

podpis: Kowalski

Informacja:

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 AM 1234567 do weryfikacji wniosku

Informacja z działu księgowości:

☐ 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/klauzula_informacyjna_dot_zasilku_z_tytulu_narodzin_dziecka.docx lub w siedzibie Administratora.