

.....
(nazwisko i imię)

.....
(nr prawa wykonywania zawodu)

lekarz orzecznik/ lekarz członek komisji lekarskiej/ konsultant*

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

W

Dolnośląska Izba Lekarska

ul. Matejki 6

50-333 Wrocław

Wniosek

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia dotyczącego niekaralności zawodowej celem przedłożenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.

Zaświadczenie odbiorę osobiście*/ wysłać pocztą na adres*

.....

Upoważniam do odbioru ww. zaświadczenia*

.....

(imię i nazwisko, nr dowodu osobistego)

.....

(data)

.....

(podpis, pieczęć)

* niepotrzebne skreślić