

.....
(imię i nazwisko, telefon)

.....
(data)

Jerzy Rdes Skarbnik Okręgowej Rady Lekarskiej

Zwracam się z prośbą o zwrot kwoty dofinansowania zakupionych karnetów OK System.

Dane użytkownika zakupionego karnetu (niezbędne do dokonania wypłaty i wystawienia PIT 8c)

imię i nazwisko, PESEL:

adres zamieszkania:

nazwa i adres Urzędu Skarbowego:

KARTA DUŻEJ RODZINY LEKARSKIEJ*

(*wypełnić tylko w przypadku zakupu karnetu OK System dla osoby objętej Kartą Dużej Rodziny Lekarskiej)

Numer karty:

Dane osoby towarzyszącej: lekarz nie lekarz

imię i nazwisko, PESEL:

adres zamieszkania:

nazwa i adres Urzędu Skarbowego:

Dane dzieci: (imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

1.

2.

3.

4.

5.

Numer konta bankowego – jeżeli kwota ma być zwrócona przelewem:

____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

.....
(podpis własnoręczny)

Załączniki:

- potwierdzenia wpłat (potwierdzenia przelewu) za karnety zakupione w danym roku.
- zestawienie tabelaryczne wpłat

