



KOMISJA SOCJALNO-BYTOWA  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Katowicach

**Wniosek  
o przyznanie bezzwrotnego świadczenia w związku z urodzeniem dziecka**

1. Imię:

2. Nazwisko:

3. Ulica:

4. Nr mieszkania/nr lokalu:  Kod:  -

5. Miasto:

6. Powiat:

7. Województwo:

8. Gmina:

9. Identyfikator podatkowy (PESEL lub NIP)  
PESEL:  NIP:

10. Telefon:

11. Nr konta:

12. Data urodzenia dziecka:  -  -  r.

13. Nazwa i adres właściwego Urzędu Skarbowego:

**Oświadczam, że powyższe dane złożyłem/łam zgodnie z prawdą.**

data .....

podpis: .....

**Informacja:**

Kwota wypłaconej zapomogi ujęta zostanie w deklaracji PIT-8C, wystawionej po zakończeniu roku kalendarzowego, w którym nastąpiła wypłata świadczenia dla osoby będącej beneficjentem ww. zapomogi.

**Załączniki:**

1. Kopia/e aktu urodzenia dziecka lub dzieci.

Informacja z działu księgowości:

  

brak zaległości  
zaległości w kwocie .....

podpis: .....

Akceptacja: