



Okręgowa Izba  
Pielęgniarek i Położnych  
w Wałbrzychu

## Wniosek o przyznanie zapomogi finansowej

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (drukowanymi literami)**

Imiona i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania:

województwo

powiat

gmina

ulica, nr domu, nr lokalu

miejsowość

kod pocztowy

poczta

nr telefonu

Seria i nr dowodu osobistego.....

PESEL.....

Miejsce pracy, dokładny adres

Nr telefonu służbowego  
(do możliwości kontaktu)

**Uzasadnienie wniosku:**

Ilość osób w rodzinie prowadzących wspólne gospodarstwo domowe- .....

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**Podpis wnioskodawcy**

