Załącznik Nr 4 do Regulaminu
Przyznawania Pomocy Finansowej
Członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

OŚWIADCZENIE

Przyznaną kwotę pomocy finansowej proszę przekazać na moje konto osobiste:

Imię i nazwisko.....

Nr konta bankowego

.....

Czytelny podpis

* wypełnia wyłącznie osoba, która nie jest wnioskodawcą