

.....

adres zamieszkania

**Komisja Socjalna
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Koszalinie**

WNIOSEK O WYPŁATĘ ODPRAWY POŚMIERTNEJ

Zwracam się prośbą o przyznanie z funduszu socjalnego odprawy pośmiertnej po zmarłym

.....

1. Oświadczam, że zmarły*/zmarła* był moim:
2. Oświadczam, że jestem jedynym*/ nie jedynym* uprawnionym(a) do odprawy pośmiertnej po zmarłym*/zmarłej*.
3. Oświadczam, że do odbioru odprawy pośmiertnej zostałem*/zostałam* jednomyślnie wskazany*/wskazana* przez pozostałych uprawnionych.
4. Oświadczam, że powyższe dane złożyłem*/złożyłam* zgodnie z prawdą.
5. Kwotę przyznanej odprawy pośmiertnej odbiorę osobiście w kasie OIL w Koszalinie*/ proszę przekazać na rachunek bankowy nr*

Do wniosku załączam:

- kserokopię aktu zgonu,

.....

Podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić