

Wniosek o wykreślenie ze Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Lekarskiej

.....
imię i nazwisko

.....
miejscowość, data

.....
adres

.....
telefon

Zarząd Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Lekarskiej Regionu Rzeszowskiego w Rzeszowie

Zwracam się z prośbą o wykreślenie ze Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Lekarskiej Regionu Rzeszowskiego w Rzeszowie oraz proszę o przekazanie zgodnie z regulaminem połowy moich składek, wpłaconych do 31.12.2024r., na podany numer rachunku bankowego:

.....
nazwa i numer konta bankowego

.....
pieczęć i podpis