

.....  
imię i nazwisko

.....  
(miejsowość, data)

.....  
adres

.....  
telefon

Zarząd Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Lekarskiej  
Regionu Rzeszowskiego w Rzeszowie

Zwracam się z prośbą o wypłacenie odprawy pośmiertnej oraz połowy składek po zmarłej/zmarłym ..... (stopień pokrewieństwa, imię i nazwisko) oraz przekazania ich na wskazany numer rachunku bankowego.

.....  
nazwa i numer konta bankowego

.....  
podpis osoby upoważnionej