

.....
imię i nazwisko

.....
(miejsowość, 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 połowy moich składek na podany numer rachunku bankowego:

.....
nazwa i numer konta bankowego

.....
pieczęć i podpis