

Lublin, .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(nr prawa wykonywania zawodu)

**Lubelska Izba Lekarska**

**WNIOSEK O ZWROT NADPŁACONEJ SKŁADKI**

Zwracam się z prośbą o zwrot nadpłaconej składki członkowskiej LIL  
na konto.....

.....  
(podpis, pieczęć)