

Lublin,

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nr prawa wykonywania zawodu)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

Lubelska Izba Lekarska

PODANIE

Zwracam się z prośbą o rozłożenie na raty zaległości z tytułu niopłaconych składek członkowskich w wysokości.....złotych.

Proszę o rozłożenie na.....rat/y płatne-ych do końca każdego m-ca.

.....
(podpis, pieczęć)