

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko Pełnomocnika ORPiP w Katowicach

.....
.....
adres zamieszkania

W N I O S E K

Okręgowa Rada

Pielęgniarek i Położnych w Katowicach

Zwracam się z prośbą o wypłacenie środków finansowych z Funduszu Integracyjnego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach za rok w wysokości

.....
podpis Pełnomocnika