

Tarnów, dnia .....

.....  
Imię

.....  
Nazwisko

.....  
Nr PWZ

**Okręgowa Izba Lekarska  
w Tarnowie**

**WNIOSEK**

Zwracam się z prośbą o dofinansowanie 50% kosztów poniesionych na szczepieniu p. rotawirusom mojego syna / mojej córki

.....  
(imię i nazwisko, data urodzenia)

Załączam rachunek za zakup szczepionki z dnia:

.....  
Z poważaniem

**Dane do przelewu**

Imię i Nazwisko .....

Adres .....

Bank .....

Nr rachunku .....