

Dane do wniosku MZ o wsparcie finansowe dla rodzin lekarzy
zmarłych na Covid

1. Imię i nazwisko zmarłego lekarza/lekarza dentysty

.....

2. PESEL zmarłego

3. Imię i nazwisko małżonka

.....

4. Data urodzenia małżonka

5. Adres zamieszkania małżonka

.....

6. Imię i nazwisko dziecka*

.....

7. Data urodzenia dziecka

8. Adres zamieszkania dziecka

.....

9. Czy dziecko uczy się/studiuje TAK NIE**

.....

miejsowość, data

.....

podpis (czytelny)

* we wniosku można uwzględnić dzieci do 25 roku życia, w przypadku dzieci starszych niż 18-letnie, należy wskazać czy dziecko nadal uczy się/studiuje wg stanu na moment pozyskania informacji

** zakreślić właściwe