Dane do wniosku MZ o wsparcie finansowe dla rodzin lekarzy

zmarłych na Covid

1. Imię i nazwisko zmarłego lekarza/lekarza dentysty

………………………………………………………………………………………….

1. PESEL zmarłego ……………………………………………...
2. Imię i nazwisko małżonka …………………………………………………………………………………………...
3. Data urodzenia małżonka ……………………………………..
4. Adres zamieszkania małżonka …………………………………………………………………………………………...
5. Imię i nazwisko dziecka\* …………………………………………………………………………………………..
6. Data urodzenia dziecka ……………………………………...
7. Adres zamieszkania dziecka …………………………………………………………………………………………...
8. Czy dziecko uczy się/studiuje TAK NIE\*\*

………………………………… …………………………………………

miejscowość, 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