Załącznik Nr 2

Elbląg dnia .....

.....
Nazwisko i imię

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr. telefonu

Zgoda na przekazywanie pieniędzy na rachunek bankowy

Wyrażam zgodę na przekazywanie kwoty uzyskanej z refundacji za kształcenie i doskonalenie zawodowe w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Elblągu na rachunek bankowy w banku:

.....

Nr konta

Uwaga !!!
Numer rachunku bankowego prosimy pisać wyraźnie i czytelnie. W przypadku nieczytelnego zapisu przelew wypłaty nie będzie dokonany.

Data .....

.....
Podpis posiadacza rachunku