

Místní organizace Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče České republiky
Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci
I.P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc

ŽÁDOST
o vystavení potvrzení o zaplacení členských příspěvků za

ŽADATEL

Příjmení Jméno Titul

Datum narození

ADRESA BYDLIŠTĚ k zaslání potvrzení:

Ulice/č. orientační PSČ Obec

PRACOVIŠTĚ FNOL tel. klapka:

LF UP tel. klapka:
(v případě úvazků u obou organizací uvést obojí)

V Olomouci dne

Podpis žadatele