Załącznik Nr 3

 do uchwały Nr 8/19/VIII

 XXXVI Zjazdu Lekarzy

 WIL z dnia 29 marca 2019 r.

**OŚWIADCZENIE**

**O AKTUALNYCH DANYCH DO URZĘDU SKARBOWEGO**

 ***/wypełnić drukowanymi literami/***

 1. Imię i nazwisko ....................................................................................................

 2. Data urodzenia .....................................................................................................

 3. Obywatelstwo ..................................................................................................

 4. Numer PESEL ..................................................................................................

 **5. Adres zamieszkania lub zameldowania: /adres musi być zgodny z adresem siedziby Urzędu Skarbowego lekarza składającego oświadczenie/**

 Ulica.....................................Nr domu....................Nr mieszkania............................

 Miejscowość...............................Kod pocztowy.................. Poczta…………………

 Województwo.........................................Powiat..........................................................

 Gmina..............................................

 **6. Adres zamieszkania lub zameldowania na który należy wysłać PIT /wypełnić jeżeli jest inny niż wyżej/**

 Ulica..............................................Nr domu.........................Nr mieszkania................

 Miejscowość...................................Kod pocztowy..................... Poczta………………

 Województwo........................................Powiat............................................................

 Gmina..................................................

 **7. Urząd Skarbowy..........................................................................................................**

 Kod pocztowy..........................Miejscowość................................................................

 Ulica................................................Nr domu................................................................

…………………………… .................................................

 /data/ /podpis lekarza/