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/