

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer ewidencyjny

.....
Adres zamieszkania

.....
tel./e-mail

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA O CZŁONKOSTWIE

Wnioskuje o wydanie zaświadczenia o członkostwie w Warmińsko-Mazurskiej OIIB
za okres od do

.....
Podpis