

Białystok, dnia.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer PWZ

.....
Adres

Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku
Ul. Świętojańska 7
15-082 Białystok

Rezygnuję z wersji papierowej Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku przesyłanej na mój adres korespondencyjny.

.....
Podpis