**WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ W POŁOWIE WYMIARU SKŁADKI W ZWIĄZKU Z WYSTĄPIENIEM CIĘŻKIEJ CHOROBY LEKARZA, KTÓREJ LECZENIE WYMAGA ZNACZNYCH WYDATKÓW\*/POZOSTAWANIE W TRUDNEJ SYTUACJI MATERIALNEJ\***

Dane wnioskodawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię  |  |
| Nazwisko |  |
| Numer PWZ wnioskodawcy  |  |
| Adres korespondencyjny wnioskodawcy |  |
| Adres zamieszkania wnioskodawcy |  |
| Numer kontaktowy wnioskodawcy |  |
| Adres poczty elektronicznej wnioskodawcy (o ile posiada) |  |

Oświadczam, że wyrażam/ nie wyrażam\* zgodę/y na wykorzystanie powyższych danych do celów aktualizacyjnych w rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Do wniosku załączam:

1. Dokument potwierdzający stan zdrowia (aktualne karty informacyjne z leczenia szpitalnego lub zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia)\*
2. Dokumenty o poniesionych lub planowanych wydatkach dot. zdarzeń losowych, rachunki za leczenie, rehabilitację \*
3. Oświadczenie o członkach rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (imię, nazwisko, pokrewieństwo, data urodzenia, informacja o nauce lub zatrudnieniu);
4. Kserokopię deklaracji podatkowej PIT-u za ubiegły rok dot. osób pozostających
we wspólnym gospodarstwie domowym;
5. Inne dokumenty. (np. dodatkowe uzasadnienie)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………\*

1. Klauzula dotycząca przetwarzania danych osobowych

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji Socjalnej w toku rozpatrywania mojego wniosku.

………………………………… ……………………………

(data) (czytelny podpis)

\*niepotrzebne skreślić

Wypełnia Komisja Socjalna:

|  |  |
| --- | --- |
| Data rozpatrzenia wniosku przez Komisję Socjalną |  |
| Wniosek spełnia wymogi formalne | TAK/ NIE |
| Stwierdzone braki formalne |  |
| Opinia Komisji Socjalnej |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data  | Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji Socjalnej |
|  |  |

Wniosek włączono do programu Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

|  |  |
| --- | --- |
| Data  | Nr uchwały Prezydium ORL WIL |
| Decyzja Prezydium ORL WIL |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Sprawę zakończonoData | Podpis pracownika Biura WIL |