

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOZI POŚMIERTNEJ:

- 1) PO ZMARŁYM LEKARZU*,
2) PO ZMARŁYM WSPÓŁMAŁŻONKU/PARTNERZE ŻYCIOWYM LEKARZA*,

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy (o ile posiada)	
Numer PWZ zmarłego lekarza (pole nie dotyczy zmarłego współmałżonka/partnera lekarza)	
Adres korespondencyjny wnioskodawcy	
Adres zamieszkania wnioskodawcy	
Numer kontaktowy wnioskodawcy	
Adres poczty elektronicznej wnioskodawcy (o ile posiada)	
Sposób przekazania środków finansowych: (Proszę wpisać "X" przy wybranej formie)	☐ przelew na konto podane poniżej _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ☐ odbiór osobisty w kasie WIL ☐ przekaz pocztowy

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych do celów aktualizacyjnych w rejestrze lekarzy i lekarzy dentyistów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

Do wniosku załączam:

1. Kserokopię aktu zgonu zmarłego,
2. Kserokopię aktu małżeństwa (jeśli dotyczy),
3. Klauzulę dotyczącą przetwarzania danych.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej:

1. Zapomoga po śmierci lekarza*,
2. Zapomoga po śmierci współmałżonka/partnera życiowego lekarza*

i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji Socjalnej w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że przed śmiercią zmarłego byłam/em:

1. małżonką/iem zmarłego*;
2. osobą stanu wolnego, nie pozostającą w formalnym związku małżeńskim, pozostającą ze zmarłym we wspólnym pożyciu, tj. łączyła mnie ze zmarłym więź duchowa (emocjonalna), fizyczna oraz gospodarcza (prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego).*

.....

(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	
Komisja Socjalna zatwierdza wypłatę: 1. Zapomogi po śmierci lekarza dla współmałżonka/partnera życiowego 2. Zapomogi dla lekarza po śmierci współmałżonka/partnera życiowego* <i>*niepotrzebne skreślić</i>	TAK/ NIE
Komisja Socjalna odrzuca wniosek o: 1. Zapomogę po śmierci lekarza dla współmałżonka/partnera życiowego 2. Zapomogę dla lekarza po śmierci współmałżonka/partnera życiowego* <i>*niepotrzebne skreślić</i>	TAK/ NIE
Uwagi	

Data	Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji Socjalnej
Data	Podpis Sekretarza Komisji Socjalnej

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

dr n. med. Krzysztof Kordel