Załącznik B

**WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI PO ŚMIERCI LEKARZA DLA DZIECKA**

Dane wnioskodawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię  |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL Wnioskodawcy |  |
| Imię zmarłego lekarza rodzica |  |
| Nazwisko zmarłego lekarza rodzica |  |
| Numer PWZ zmarłego lekarza rodzica |  |
| 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 powyższe dane są zgodne z prawdą.

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Do wniosku załączam:

1. Kserokopię aktu zgonu zmarłego lekarza;
2. Kserokopię aktu urodzenia wnioskodawcy;
3. Dla wnioskodawców pomiędzy 18 a 24 rokiem zaświadczenie o kontynuowaniu nauki;
4. Klauzula dotycząca przetwarzania danych.

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej
w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie zapomogi po śmierci lekarza (rodzica) 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

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 zapomogi po śmierci lekarza dla dziecka  | TAK/ NIE |
| Komisja Socjalna odrzuca wniosek o wypłatę zapomogi po śmierci lekarza dla dziecka  | 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*** |