Załącznik C

**WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI LOSOWEJ**

Dane wnioskodawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Numer PWZ wnioskodawcy |  |
| 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 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, zakup aparatu słuchowego, sprzętu rehabilitacyjnego np..,\*;
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)

Oświadczam, że jestem lekarzem/ lekarzem dentystą, którego średni miesięczny przychód na osobę   
w gospodarstwie domowym w roku kalendarzowym poprzedzającym złożenie wniosku nie przekraczał równowartości 75 % miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego lekarza stażysty/ lekarza dentysty stażysty obowiązującego na dzień złożenia wniosku.

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej   
w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie zapomogi losowej 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 losowej w kwocie  \*niepotrzebne skreślić | WARTOŚĆ KWOTY: |
| Komisja Socjalna odrzuca wniosek o wypłatę zapomogi losowej  \*niepotrzebne skreślić | 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*** |