

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOZI 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)	<input type="checkbox"/> przelew na konto podane poniżej _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> odbiór osobisty w kasie WIL <input type="checkbox"/> przekaz pocztowy

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych do celów aktualizacyjnych w rejestrze lekarzy i lekarzy dentyków 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)*

.....

.....
6. 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