

Załącznik D

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOZI Z TYTUŁU URODZENIA DZIECKA

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy	
Adres korespondencyjny wnioskodawcy	
Adres zamieszkania wnioskodawcy	
Numer kontaktowy wnioskodawcy	
Adres poczty elektronicznej wnioskodawcy (o ile posiada)	
Właściwy Urząd Skarbowy ze względu na miejsce zamieszkania	
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)

Oświadczam, że jestem lekarzem stażystą/ lekarzem dentystą stażystą i staż podyplomowy rozpocząłem w dniu..... *

.....

(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 jest to moje pierwsze/kolejne dziecko.*

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

Do wniosku załączam:

1. Kserokopię aktu urodzenia dziecka;
2. Oświadczenie o członkach rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (imię, nazwisko, pokrewieństwo, data urodzenia, informacja o nauce lub zatrudnieniu) *(w przypadku kiedy wnioskodawcą nie jest lekarz stażysta bądź lekarz dentysta stażysta)*
3. Kserokopię deklaracji podatkowej PIT-u za ubiegły rok dot. osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym *(w przypadku kiedy wnioskodawcą nie jest lekarz stażysta bądź lekarz dentysta stażysta)*,
4. Klauzulę dotyczącą przetwarzania danych osobowych

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie zapomogi z tytułu urodzenia dziecka i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji Socjalnej w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

Oświadczam, że zostałam poinformowany, że z tytułu wypłaty pomocy materialnej w zakresie zapomogi z tytułu urodzenia dziecka otrzymam od Wielkopolskiej Izby Lekarskiej informację o uzyskanym przychodzie z tego tytułu (tzw. PIT-11)

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

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 z tytułu urodzenia dziecka *niepotrzebne skreślić	TAK/NIE
Komisja Socjalna odrzuca wniosek o wypłatę zapomogi z tytułu urodzenia dziecka *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