Załącznik F

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW SZCZEPIENIA DZIECKA**

Dane wnioskodawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Numer PWZ wnioskodawcy |  |
| Specjalizacja (jeśli posiada) |  |
| 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 |
| Właściwy Urząd Skarbowy ze względu na miejsce zamieszkania |  |
| Imię dziecka |  |
| Nazwisko dziecka |  |
| Data urodzenia dziecka |  |
| Nazwa szczepionki |  |
| Data przyjęcia ostatniej dawki szczepionki |  |

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 dołączam:

1. Oryginały rachunków potwierdzających zakup i odbycie całego cyklu szczepień.
2. Kserokopię aktu urodzenia dziecka;
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. Klauzulę dotycząca przetwarzania danych.

……………………………… ……………………………………………

(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 zostałem poinformowany, że z tytułu refundacji kosztów szczepienia otrzymam od Wielkopolskiej Izby Lekarskiej informację o uzyskanym przychodzie z tego tytułu (tzw. PIT-11)

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie refundacji szczepień i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji ds. Młodych Lekarzy w toku rozpatrywania mojego wniosku.

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Wypełnia Komisja ds. Młodych Lekarzy

|  |  |
| --- | --- |
| Data rozpatrzenia wniosku przez Komisję ds. Młodych Lekarzy |  |
| Wniosek spełnia wymogi formalne | TAK/ NIE |
| Stwierdzone braki formalne |  |
| Opinia Komisji ds. Młodych Lekarzy |  |
| Komisja ds. Młodych Lekarzy zatwierdza wypłatę środków |  |
| Komisja ds. Młodych Lekarzy odrzuca wniosek o refundację | TAK/ NIE |
| Uwagi |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji ds. Młodych Lekarzy |
|  |  |
| Data | Podpis Sekretarza Komisji ds. Młodych Lekarzy |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SEKRETARZ**  **Okręgowej Rady Lekarskiej**  **Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**  ***lek. Elżbieta Marcinkowska*** | **PREZES**  **Okręgowej Rady Lekarskiej**  **Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**  ***dr n. med. Krzysztof Kordel*** |