

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)	<input type="checkbox"/> przelew na konto podane poniżej _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> odbiór osobisty w kasie WIL <input type="checkbox"/> 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 dentyków 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 dotyczącą 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