Załącznik H

**WNIOSEK O ŚRODKI FINANSOWE NA REALIZACJĘ SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH DLA LEKARZY SENIORÓW**

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 |  |
| Nazwa 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)

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że w związku ze złożonym wnioskiem zobowiązuję   
się do podpisania umowy darowizny z WIL, w której zobowiążę się do przeznaczenia otrzymanych

środków finansowych na realizację szczepień.

……………………………… ……………………………………………

(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. Emerytów i Rencistów w toku rozpatrywania mojego wniosku.

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

Oświadczam, że spełniam kryteria osoby, która jest zwolniona z opłacania składki członkowskiej na rzecz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej tj.:

- ukończyłem 75 lat,\*

- osiągnęłam/em wiek emerytalny i złożyłam/em do WIL oświadczenie o nieosiąganiu przychodów\*

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

\*niepotrzebne skreślić

Wypełnia Komisja ds. Emerytów i Rencistów

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

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji ds. Emerytów i Rencistów |
|  |  |
| Data | Podpis Sekretarza Komisji ds. Emerytów i Rencistów |
|  |  |

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