

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)	<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	
Nazwa 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)

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że w związku ze złożonym wnioskiem zobowiązuję się do podpisania umowy darowizny z WIL, w której zobowiązę 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*