

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI POŚMIERTNEJ:

- 1) **PO ZMARŁYM LEKARZU***,
- 2) **PO ZMARŁYM WSPÓŁMAŁŻONKU/ OSOBIE BLISKIEJ LEKARZA ***,

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy (o ile posiada)	
Numer PWZ zmarłego lekarza (pole nie dotyczy zmarłego współmałżonka lub osoby bliskiej lekarza)	
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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych do celów aktualizacyjnych w rejestrze lekarzy i lekarzy dentyistów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Do wniosku załączam:

1. Kserokopię aktu zgonu zmarłego;
2. Klauzula dotycząca przetwarzania danych;
3. Oryginały faktur/ rachunków związanych z poniesionymi kosztami pogrzebu lekarza/osoby bliskiej lekarza (*nie dotyczy wniosku składanego z tytułu śmierci współmałżonka lekarza lub przez współmałżonka zmarłego lekarza*).

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej:

1. Zapomoga po śmierci lekarza*,
2. Zapomoga po śmierci współmałżonka/osoby bliskiej lekarza*

i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji Socjalnej w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....
(data)

*niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis)

Wypełnia Komisja Socjalna:

Data rozpatrzenia wniosku przez Komisję Socjalną	
Wniosek spełnia wymogi formalne	TAK/ NIE
Stwierdzone braki formalne	
Opinia Komisji Socjalnej	
<p>Komisja Socjalna zatwierdza wypłatę:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zapomogi po śmierci lekarza dla współmałżonka/ osoby bliskiej/ * 2. Zapomogi dla lekarza po śmierci współmałżonka/ osoby bliskiej* <p><i>*niepotrzebne skreślić</i></p>	TAK/ NIE
<p>Komisja Socjalna odrzuca wniosek o:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zapomogę po śmierci lekarza dla współmałżonka/ osoby bliskiej/ *, 2. Zapomogę dla lekarza po śmierci współmałżonka/ osoby bliskiej/* <p><i>*niepotrzebne skreślić</i></p>	TAK/ NIE
Uwagi	

Data	Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji Socjalnej
Data	Podpis Sekretarza Komisji Socjalnej