

Załącznik B

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI PO ŚMIERCI LEKARZA DLA DZIECKA

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
PESEL Wnioskodawcy	
Imię zmarłego lekarza rodzica	
Nazwisko zmarłego lekarza rodzica	
Numer PWZ zmarłego lekarza rodzica	
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. Kopia aktu urodzenia wnioskodawcy,
3. Dla osób powyżej 18 roku życia zaświadczenie o kontynuowaniu nauki
4. Klauzula dotycząca przetwarzania danych

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie zapomogi po śmierci lekarza rodzica i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji Socjalnej w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

Wypełnia Komisja Socjalna:

Data rozpatrzenia wniosku przez Komisję Socjalną	
Wniosek spełnia wymogi formalne	TAK/ NIE
Stwierdzone braki formalne	
Opinia Komisji Socjalnej	
Komisja Socjalna zatwierdza wypłatę zapomogi po śmierci lekarza dla dziecka	TAK/ NIE
Komisja Socjalna odrzuca wniosek o wypłatę zapomogi po śmierci lekarza dla dziecka	TAK/ NIE
Uwagi	

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