Załącznik F

**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) | [ ] przelew na konto podane poniżej  \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_  [ ] odbiór osobisty w kasie WIL   [ ] 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 dentystów 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. W przypadki wniosku dotyczącego dziecka – kopię aktu urodzenia dziecka
3. Klauzula dotycząca przetwarzania danych

………………………………… ……………………………

(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 |
|  |  |