

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 70 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 |
| | |