

Załącznik I

**WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI PO ŚMIERCI LEKARZA DLA DZIECKA
POPURZEC PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB OSOBĘ BLISKĄ**

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
PESEL Wnioskodawcy	
Status wnioskodawcy	Przedstawiciel ustawowy/ osoba bliska*
Imię i nazwisko dziecka	
Adres korespondencyjny dziecka	
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

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że podane przeze mnie powyższe dane są 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
5. Dokument potwierdzający status prawny wnioskodawcy wobec dziecka zmarłego lekarza

.....
(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)

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