

Załącznik J

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI LOSOWEJ SKŁADANY PRZEZ CZŁONKA WIL NA RZECZ INNEGO CZŁONKA WIL

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy (o ile posiada)	
Adres korespondencyjny wnioskodawcy	
Adres zamieszkania wnioskodawcy	
Numer kontaktowy wnioskodawcy	
Adres poczty elektronicznej wnioskodawcy (o ile posiada)	
Sposób przekazania środków finansowych lekarzowi, którego dotyczy wniosek: (Proszę wpisać "X" przy wybranej formie)	<input type="checkbox"/> przelew na konto podane poniżej ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ <input type="checkbox"/> przekaz pocztowy
Imię i nazwisko lekarza, którego dotyczy wniosek	
Numer PWZ lekarza, którego dotyczy wniosek	
Adres korespondencyjny lekarza, którego dotyczy wniosek	

Oświadczam, że podane dane we wniosku są zgodne z prawdą.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że posiadam zgodę lekarza, którego dotyczy wniosek na przetwarzanie jego danych osobowych i przekazanie ich do Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w związku z ubieganiem się w jego imieniu o pomoc materialną ze środków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.*

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że lekarz w imieniu, którego występuję o pomoc materialną ze środków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, z uwagi na stan zdrowia, nie ma możliwości udzielenia mi zgody na przetwarzanie jego danych osobowych i przekazanie ich do Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w związku z ubieganiem się o pomoc materialną ze środków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Do wniosku załączam:

1. Pisemne uzasadnienie składanego wniosku, zawierające opis sytuacji losowej i materialnej lekarza, którego dotyczy wniosek
2. Dokumenty o poniesionych lub planowanych wydatkach dot. zdarzeń losowych, rachunki za leczenie, rehabilitację, zakup aparatu słuchowego, sprzętu rehabilitacyjnego itp.,*
3. Inne dokumenty – jakie
4. Klauzula dotycząca przetwarzania danych osobowych

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie zapomogi losowej 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 losowej w kwocie *niepotrzebne skreślić	WARTOŚĆ KWOTY:
Komisja Socjalna odrzuca wniosek o wypłatę zapomogi losowej *niepotrzebne skreślić	TAK/ NIE
Uwagi	

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