**WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ W POŁOWIE WYMIARU SKŁADKI W ZWIĄZKU Z ORZECZENIEM O ZNACZNYM/ UMIARKOWANYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Dane wnioskodawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię  |  |
| Nazwisko |  |
| Numer PWZ wnioskodawcy |  |
| Adres korespondencyjny wnioskodawcy |  |
| Adres zamieszkania wnioskodawcy |  |
| Numer kontaktowy wnioskodawcy |  |
| Adres poczty elektronicznej wnioskodawcy (o ile posiada) |  |

Oświadczam, że wyrażam/ nie wyrażam\* zgodę/y 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 załączam:

1. Orzeczenie o znacznym/ umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.
2. Inne dokumenty. (np. dodatkowe uzasadnienie)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Klauzula dotycząca przetwarzania danych osobowych

……………………………… ……………………………………………

(data) (czytelny podpis)

\*niepotrzebne skreślić

Wypełnia Skarbnik ORL WIL:

|  |  |
| --- | --- |
| Data rozpatrzenia wniosku przez Skarbnika ORL WIL |  |
| Wniosek spełnia wymogi formalne | TAK/ NIE |
| Stwierdzone braki formalne |  |
| Skarbnik ORL WIL zatwierdza/ nie zatwierdza wniosek\* |  |
| Uwagi |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data  | Podpis Skarbnika ORL WIL |
|  |  |
| Data | Podpis pracownika Biura WIL  |
|  |  |

\*niepotrzebne skreślić