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) | [ ] przelew na konto podane poniżej  \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_   [ ] 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..,\*

1. Inne dokumenty – jakie ……………………………………………………………………\*
2. 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 |
|  |  |