

Uchwała ORL-054/2022/IX
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
z dnia 11 czerwca 2022 r.

w sprawie zatwierdzenia Regulaminu pomocy materialnej z funduszy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Na podstawie art. 5 pkt 19) ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz Uchwały nr OZL-25/2022/IX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 19 marca 2022 r. w sprawie pomocy materialnej dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz na podstawie art. 14 hb ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2021 r. poz. 2095), uchwała się, co następuje:

§ 1.

Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zatwierdza Regulamin pomocy materialnej z funduszy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały i jest jej integralną częścią.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się przewodniczącym komisji problemowych: Komisji Socjalnej, Komisji ds. Kształcenia Medycznego, Komisji ds. Młodych Lekarzy oraz Komisji ds. Emerytów i Rencistów oraz Prezydium ORL WIL.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 01 lipca 2022 r. i obowiązuje do dnia 31 grudnia 2022 r.

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
*/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Elżbieta Marcinkowska*

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
*/dokument podpisany elektronicznie/
dr n. med. Krzysztof Kordel*

Załącznik do uchwały ORL-054/2022/IX w sprawie zatwierdzenia Regulaminu pomocy materialnej z funduszy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Wielkopolska Izba Lekarska jako samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów zarządza swoimi środkami finansowymi w celu wspierania swoich członków i ich reprezentowania oraz organizowania na ich rzecz pomocy materialnej. Pomoc materialna winna być celowa, racjonalna i obejmować grupy lekarzy i lekarzy dentystów wymagających największego wsparcia. Pomoc materialna musi mieć ramy formalne, ale musi odpowiadać potrzebom chwili i sytuacji, aby cechował ją duch solidarności zawodowej.

§ 1

Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, zwana dalej Radą, ustala Regulamin pomocy materialnej obejmujący zasady przyznawania:

- 1) zapomóg losowych;
- 2) refundacji poniesionych kosztów szczepień ochronnych i profilaktycznych oraz kosztów kształcenia i udziału w wydarzeniach edukacyjnych;
- 3) pożyczek;
- 4) darowizn celowych dla osób rozpoczynających 90- ty rok życia oraz osiągających wiek 100 lat;
- 5) darowizn celowych dla lekarzy seniorów na szczepienia ochronne.

§ 2

1. Rada zastrzega, że pomoc materialna, o której mowa w § 1, jest udzielana członkom Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, zwanej dalej WIL, którzy przez okres co najmniej 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o jej uzyskanie byli wpisani do rejestru WIL i mają uregulowany status składek członkowskich za ostatnie 12 miesięcy (regularnie opłacane składki lub - w wyjątkowych przypadkach - umorzone zaległości z tego tytułu).
2. Rada zastrzega dodatkowo, że pomoc materialna, o której mowa w § 1 pkt 1) - 3) niniejszego Regulaminu, musi być powiązana z kryteriami przychodowymi członków WIL, z wyłączeniem programów, o których mowa w § 3 pkt 1) - 3) oraz pkt 6) niniejszego Regulaminu. Członkiem WIL uprawnionym do otrzymania świadczeń z programów, o których mowa w § 3 niniejszego Regulaminu, z uwzględnieniem zdania poprzedniego, jest wnioskodawca, którego przychód na osobę w gospodarstwie domowym w roku poprzedzającym złożenie wniosku nie przekraczał równowartości 75 % miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia lekarza stażysty lub lekarza dentysty stażysty.
3. Rada zastrzega, że w danym roku kalendarzowym można skorzystać tylko jeden raz z danego świadczenia w ramach programów wymienionych w poszczególnych punktach § 3 niniejszego Regulaminu.
4. Z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust. 7, warunkiem uzyskania świadczenia z danego programu opisanego w § 3 niniejszego Regulaminu jest złożenie stosownego wniosku o jego wypłatę w terminie do 3 miesięcy od daty wystąpienia zdarzenia objętego wsparciem, lecz nie później niż do 15 grudnia danego roku.

§ 3

Rada określa następujące programy pomocy materialnej dla członków WIL:

- 1) zapomoga losowa dla lekarza z tytułu śmierci współmałżonka, przy czym przez lekarza należy rozumieć również lekarza dentystę;
- 2) zapomoga losowa dla współmałżonka lekarza z tytułu śmierci lekarza;
- 3) jednorazowa zapomoga losowa dla dzieci zmarłego lekarza - poprzez dziecko należy rozumieć osobę uczącą się, która nie ukończyła 24 roku życia;
- 4) zapomoga losowa wynikająca z nieoczekiwanych okoliczności i zdarzeń losowych, które wpływają na życie i otoczenie lekarza, członka WIL;
- 5) zapomoga z tytułu narodzin dziecka dla lekarza stażysty lub lekarza dentysty stażysty, lub dla lekarza spełniającego kryterium przychodowe, o którym mowa w § 2 ust. 2.
- 6) refundacja kosztów udziału w wydarzeniach edukacyjnych organizowanych przez WIL, określanych przez Radę na każdy kolejny rok kalendarzowy do 15 grudnia roku poprzedzającego;
- 7) refundacja szczepień ochronnych i profilaktycznych dla dzieci członków WIL, które nie ukończyły 3 roku życia. Wykaz szczepień refundowanych określa corocznie, do dnia 15 grudnia roku poprzedzającego, Zespół ds. Promocji Szczepień WIL, powołany przez Radę na daną kadencję;
- 8) darowizny celowe na poprawę stanu zdrowia dla lekarzy seniorów rozpoczynających 90-ty rok życia oraz 100-latków;
- 9) pożyczka na cele związane z niwelacją negatywnych skutków wystąpienia nieoczekiwanych okoliczności i zdarzeń losowych, o których mowa w pkt 4) niniejszego paragrafu;
- 10) refundacja kosztów kształcenia dla lekarzy stażystów i lekarzy stażystów dentystów;
- 11) darowizny celowe dla lekarzy seniorów WIL na realizację szczepień ochronnych wyznaczonych przez Zespół ds. Promocji Szczepień WIL. Poprzez lekarzy seniorów należy rozumieć członków WIL uprawnionych do nieopłacania składki członkowskiej na mocy uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej regulującej zasady opłacania składki członkowskiej, czyli takich, którzy osiągnęli 75 rok życia lub osiągnęli wiek emerytalny i złożyli oświadczenie o nieosiągnięciu przychodów, o którym mowa w uchwale Naczelnej Rady Lekarskiej regulującej zasady opłacania składki członkowskiej.

§ 4

1. Warunkiem uzyskania pomocy materialnej w wysokości 2000 zł, o której mowa w § 3 pkt 1) i 2) jest złożenie wniosku, którego wzór stanowi Załącznik A do niniejszego Regulaminu;
2. Warunkiem uzyskania pomocy materialnej w wysokości 2000 zł, o której mowa w § 3 pkt 3) jest złożenie wniosku, którego wzór stanowi Załącznik B do niniejszego Regulaminu;

3. Warunkiem uzyskania pomocy materialnej w maksymalnej wysokości do 3000 zł, o której mowa w § 3 pkt 4) jest złożenie wniosku, którego wzór stanowi Załącznik C do niniejszego Regulaminu;
4. Warunkiem uzyskania pomocy materialnej w wysokości 1000 zł za pierwsze urodzone dziecko oraz w wysokości 2000 zł za drugie i kolejne urodzone dziecko, o której mowa w § 3 pkt 5) jest złożenie wniosku, którego wzór stanowi Załącznik D do niniejszego Regulaminu. W przypadku, kiedy oboje rodziców jest uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu urodzenia dziecka, świadczenie otrzyma jedynie jedno z nich;
5. Warunkiem uzyskania refundacji kosztów kształcenia w wysokości 30 %, o którym mowa w § 3 pkt 6), jest złożenie wniosku, którego wzór stanowi Załącznik E do niniejszego Regulaminu;
6. Warunkiem uzyskania pomocy materialnej w zakresie refundacji poniesionych kosztów na pełny cykl danych szczepień ochronnych i profilaktycznych w wysokości nie przekraczającej kwoty 500 zł, o których mowa w § 3 pkt 7), jest złożenie wniosku, którego wzór stanowi załącznik F do niniejszego Regulaminu. W przypadku, kiedy oboje rodziców jest uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu refundacji szczepień dziecka, świadczenie otrzyma jedynie jedno z nich.
7. Warunkiem przekazania darowizny celowej, o której mowa w § 3 pkt 8), w wysokości 2 000 zł dla członka WIL rozpoczynającego 90-ty rok życia oraz który osiągnął wiek 100 lat, jest złożenie stosownego wniosku do Prezydium Rady, zatwierdzanego następnie uchwałą Prezydium Rady, przez Komisję ds. Emerytów i Rencistów w terminie do 15 lutego roku kalendarzowego, w którym planowane jest przekazanie darowizn z tego tytułu;
8. Warunkiem uzyskania pożyczki, o której mowa w § 3 pkt 9), jest złożenie pisemnego wniosku z uzasadnieniem do Prezydium Rady, które w drodze uchwały każdorazowo określa wysokość pożyczki, jej oprocentowanie, zasady spłaty. Prezydium Rady może również zdecydować o umorzeniu pożyczki w części lub w całości. W przypadku umorzeń pożyczki, pożyczkobiorca otrzymuje stosowną deklarację podatkową dokumentującą operację finansową umorzenia zobowiązań w części lub w całości.
9. Warunkiem uzyskania refundacji kosztów kształcenia, o którym mowa w § 3 pkt 10) w wysokości 250 zł rocznie dla lekarzy stażystów i lekarzy dentyistów stażystów, jest złożenie wniosku, którego wzór stanowi Załącznik nr G do niniejszego Regulaminu.
10. Warunkiem otrzymania środków w wysokości 500 zł na realizację szczepień ochronnych i profilaktycznych, o których mowa w § 3 pkt 11) jest złożenie wniosku, którego wzór stanowi Załącznik nr H do niniejszego Regulaminu.

§ 5

1. Wysokość środków finansowych na pomoc materialną na dany rok budżetowy określa budżet WIL.
2. Środkami budżetowymi na pomoc materialną dla członków WIL zarządzają:

- 1) dla środków, o których mowa w § 3 pkt 1) – 5) - Komisja Socjalna,
 - 2) dla środków, o których mowa w § 3 pkt 6) oraz pkt 10) - Komisja ds. Kształcenia Medycznego,
 - 3) dla środków, o których mowa w § 3 pkt 7) - Komisja ds. Młodych Lekarzy,
 - 4) dla środków, o których mowa w § 3 pkt 8) - Prezydium Rady na wniosek Komisji ds. Emerytów i Rencistów,
 - 5) dla środków, o których mowa w § 3 pkt 9) - Prezydium Rady.
 - 6) dla środków, o których mowa w § 3 pkt 11) - Komisja ds. Emerytów i Rencistów.
3. W uzasadnionych przypadkach komisja problemowa zarządzająca środkami na pomoc materialną oraz Prezydium Rady może zasięgnąć opinii właściwej delegatury, jeśli wniosek dotyczy członka WIL z terenu danej delegatury WIL.

§ 6

1. Rada może zdecydować o nadzwyczajnych środkach finansowych przeznaczonych na indywidualną pomoc materialną lub utworzeniu dodatkowego funduszu specjalnego przeznaczenia.
2. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek właściwej komisji problemowej, rozpatrującej podanie o przyznanie pomocy materialnej, Prezydium Rady może wyłączyć zastosowanie kryterium przychodowego dla wnioskodawcy.
3. Wypłata środków w ramach pomocy materialnej odbywa się według kolejności zgłoszeń, do wysokości środków przewidzianych w budżecie WIL na dany rok kalendarzowy z uwzględnieniem postanowień ust. 1 i 2 powyżej.
4. Wszystkie wnioski o pomoc materialną winne być złożone nie później niż do dnia 15 grudnia danego roku kalendarzowego.
5. W sprawach nieuregulowanych postanowieniami niniejszego Regulaminu rozstrzyga Rada.

SEKRETARZ

**Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**
*/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Elżbieta Marcinkowska*

PREZES

**Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**
*/dokument podpisany elektronicznie/
dr n. med. Krzysztof Kordel*

Załącznik nr A

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI POŚMIERTNEJ:

- 1) **PO ZMARŁYM LEKARZU***,
- 2) **PO ZMARŁYM WSPÓŁMAŁŻONKU LEKARZA***,

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy (o ile posiada)	
Numer PWZ zmarłego lekarza (pole nie dotyczy zmarłego współmałżonka lekarza)	
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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych do celów aktualizacyjnych w rejestrze lekarzy i lekarzy dentyistów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Do wniosku załączam:

1. Kserokopię aktu zgonu zmarłego,
2. Klauzula dotycząca przetwarzania danych

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej:

1. Zapomoga po śmierci lekarza*,
2. Zapomoga po śmierci współmałżonka lekarza*

i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji Socjalnej w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

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: 1. Zapomogi po śmierci lekarza dla współmałżonka WIL*, 2. Zapomogi dla lekarza po śmierci współmałżonka* <i>*niepotrzebne skreślić</i>	TAK/ NIE
Komisja Socjalna odrzuca wniosek o: 1. Zapomogę po śmierci lekarza dla współmałżonka WIL*, 2. Zapomogę dla lekarza po śmierci współmałżonka* <i>*niepotrzebne skreślić</i>	TAK/ NIE
Uwagi	

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

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
dr n. med. Krzysztof Kordel

Załącznik nr B

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI PO ŚMIERCI LEKARZA DLA DZIECKA

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
PESEL Wnioskodawcy	
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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych do celów aktualizacyjnych w rejestrze lekarzy i lekarzy dentyistów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz oświadczam, że są one 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

.....
(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)

*niepotrzebne skreślić

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

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
dr n. med. Krzysztof Kordel

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI LOSOWEJ

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy	
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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych do celów aktualizacyjnych w rejestrze lekarzy i lekarzy dentyistów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
 (data)

.....
 (czytelny podpis)

Do wniosku załączam:

1. Dokument potwierdzający stan zdrowia (aktualne karty informacyjne z leczenia szpitalnego lub zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia)*
2. Dokumenty o poniesionych lub planowanych wydatkach dot. zdarzeń losowych, rachunki za leczenie, rehabilitację, zakup aparatu słuchowego, sprzętu rehabilitacyjnego np.,*
3. Oświadczenie o członkach rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (imię, nazwisko, pokrewieństwo, data urodzenia, informacja o nauce lub zatrudnieniu);
4. Kserokopię deklaracji podatkowej PIT-u za ubiegły rok dot. osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym;
5. Inne dokumenty. (np. dodatkowe uzasadnienie)

*

6. Klauzula dotycząca przetwarzania danych osobowych

.....
 (data)

.....
 (czytelny podpis)

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)

*niepotrzebne skreślić

.....

(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

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
dr n. med. Krzysztof Kordel

Załącznik nr D

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI Z TYTUŁU URODZENIA DZIECKA

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy	
Adres korespondencyjny wnioskodawcy	
Adres zamieszkania wnioskodawcy	
Numer kontaktowy wnioskodawcy	
Adres poczty elektronicznej wnioskodawcy (o ile posiada)	
Właściwy Urząd Skarbowy ze względu na miejsce zamieszkania	
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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych do celów aktualizacyjnych w rejestrze lekarzy i lekarzy dentyistów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

Oświadczam, że jestem lekarzem stażystą/ lekarzem dentyistą stażystą i staż poddyplomowy rozpocząłem w dniu..... i nie osiągam dodatkowych przychodów poza zasadniczym wynagrodzeniem lekarza stażysty/ lekarza stażysty dentyisty*

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

Oświadczam, że jestem lekarzem/ lekarzem dentyistą, którego miesięczny przychód na osobę w gospodarstwie domowym nie przekracza równowartości 75 % miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego lekarza stażysty/ lekarza dentyisty stażysty.*

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

Oświadczam, że jest to moje pierwsze/kolejne dziecko.*

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić

Do wniosku załączam:

1. Kserokopia odpisu aktu urodzenia dziecka;
2. Oświadczenie o członkach rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (imię, nazwisko, pokrewieństwo, data urodzenia, informacja o nauce lub zatrudnieniu) *(w przypadku kiedy wnioskodawcą nie jest lekarz stażysta bądź lekarz dentysta stażysta)*
3. Kserokopię deklaracji podatkowej PIT-u za ubiegły rok dot. osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym *(w przypadku kiedy wnioskodawcą nie jest lekarz stażysta bądź lekarz dentysta stażysta)*,
4. Klauzula dotycząca przetwarzania danych osobowych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie zapomogi z tytułu urodzenia dziecka i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji Socjalnej w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że zostałam poinformowany, że z tytułu wypłaty pomocy materialnej w zakresie zapomogi z tytułu urodzenia dziecka otrzymam od Wielkopolskiej Izby Lekarskiej informację o uzyskanym przychodzie z tego tytułu (tzw. PIT-11)

.....
(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 z tytułu urodzenia dziecka *niepotrzebne skreślić	TAK/NIE
Komisja Socjalna odrzuca wniosek o wypłatę zapomogi z tytułu urodzenia dziecka *niepotrzebne skreślić	TAK/ NIE
Uwagi	

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

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
dr n. med. Krzysztof Kordel

Załącznik nr E

WNIOSK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW KSZTAŁCENIA

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	
Tytuł kursu	
Data kursu	
Numer ewidencyjny kursu WIL	

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)

Do wniosku dołączam:

1. Zaświadczenie o ukończeniu kursu,
2. Oryginały faktur/ rachunków związanych z poniesionymi kosztami
3. Klauzula dotycząca przetwarzania danych

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie refundacji kosztów kształcenia i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji ds. Kształcenia Medycznego w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że z tytułu refundacji kosztów kształcenia otrzymam od Wielkopolskiej Izby Lekarskiej informację o uzyskanym przychodzie z tego tytułu (tzw. PIT-11)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Wypełnia Komisjs.ds. Kształcenia Medycznego:

Data rozpatrzenia wniosku przez Komisję ds. Kształcenia Medycznego	
Wniosek spełnia wymogi formalne	TAK/ NIE
Stwierdzone braki formalne	
Opinia Komisji ds. Kształcenia Medycznego	
Komisja ds. Kształcenia Medycznego zatwierdza wypłatę w wysokości: *niepotrzebne skreślić	
Komisja ds. Kształcenia Medycznego odrzuca wniosek o refundację *niepotrzebne skreślić	TAK/ NIE
Uwagi	

Data	Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji ds. Kształcenia Medycznego
Data	Podpis Sekretarza Komisji ds. Kształcenia Medycznego

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
dr n. med. Krzysztof Kordel

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW SZCZEPIENIA DZIECKA

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	
Imię dziecka	
Nazwisko dziecka	
Data urodzenia dziecka	
Nazwa szczepionki	
Data przyjęcia ostatniej dawki szczepionki	

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych do celów aktualizacyjnych w rejestrze lekarzy i lekarzy dentyistów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Do wniosku dołączam:

1. Oryginały rachunków potwierdzających zakup i odbycie całego cyklu szczepień,
2. W przypadku wniosku dotyczącego dziecka – kopię aktu urodzenia dziecka
3. Klauzula dotycząca przetwarzania danych

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że z tytułu refundacji kosztów szczepienia otrzymam od Wielkopolskiej Izby Lekarskiej informację o uzyskanym przychodzie z tego tytułu (tzw. PIT-11)

.....
(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. Młodych Lekarzy w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Wypełnia Komisja ds. Młodych Lekarzy

Data rozpatrzenia wniosku przez Komisję ds. Młodych Lekarzy	
Wniosek spełnia wymogi formalne	TAK/ NIE
Stwierdzone braki formalne	
Opinia Komisji ds. Młodych Lekarzy	
Komisja ds. Młodych Lekarzy zatwierdza wypłatę środków	
Komisja ds. Młodych Lekarzy odrzuca wniosek o refundację	TAK/ NIE
Uwagi	

Data	Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji ds. Młodych Lekarzy
Data	Podpis Sekretarza Komisji ds. Młodych Lekarzy

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
dr n. med. Krzysztof Kordel

Załącznik nr G

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW KSZTAŁCENIA LEKARZA STAŻYSTY/
LEKARZA STAŻYSTY DENTYSTY**

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	
Tytuł kursu	
Data kursu	
Organizator kursu	

Oświadczam, że wyrażam zgodę 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 dołączam:

1. Zaświadczenie o ukończeniu kursu,
2. Oryginały faktur/ rachunków związanych z poniesionymi kosztami
3. Klauzula dotycząca przetwarzania danych

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w zakresie refundacji kosztów kształcenia i je akceptuję. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów na rzecz Komisji ds. Kształcenia Medycznego w toku rozpatrywania mojego wniosku.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczam, że zostałam poinformowany, że z tytułu refundacji kosztów kształcenia otrzymam od Wielkopolskiej Izby Lekarskiej informację o uzyskanym przychodzie z tego tytułu (tzw. PIT-11)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Wypełnia Komisjs.ds. Kształcenia Medycznego:

Data rozpatrzenia wniosku przez Komisję ds. Kształcenia Medycznego	
Wniosek spełnia wymogi formalne	TAK/ NIE
Stwierdzone braki formalne	
Opinia Komisji ds. Kształcenia Medycznego	
Komisja ds. Kształcenia Medycznego zatwierdza wypłatę środków	
Komisja ds. Kształcenia Medycznego odrzuca wniosek o refundację	TAK/ NIE
Uwagi	

Data	Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji ds. Kształcenia Medycznego
Data	Podpis Sekretarza Komisji ds. Kształcenia Medycznego

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
dr n. med. Krzysztof Kordel

Załącznik nr 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 dentystów 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 75 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

SEKRETARZ
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
lek. Elżbieta Marcinkowska

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
/dokument podpisany elektronicznie/
dr n. med. Krzysztof Kordel