**WNIOSEK O REFUNDACJĘ W RAMACH PROGRAMU „SZCZEPIENIA +”**

Imię i nazwisko lekarza/ lekarza dentysty/ Numer PWZ

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

Aktualny adres zamieszkania

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon E- mail

…………………………………………………………….. ……………………………………………………………..

Specjalizacja Właściwy Urząd Skarbowy

…………………………………………………………….. ……………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

nazwa banku i numer rachunku bankowego

Imię i nazwisko dziecka PESEL dziecka

…………………………………………………………….. ……………………………………………………………..

Data i miejsce pierwszego szczepienia Data i miejsce ostatniego szczepienia

…………………………………………………………….. ……………………………………………………………..

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że w przypadku otrzymania refundacji otrzymam dokument PIT 8-C

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka …………………………………………………………….. (imię i nazwisko dziecka) w związku z wypłatą refundacji z tytułu realizacji programu „Szczepienia +”.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że administratorem danych osobowych jest Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Nowowiejskiego 51.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że dane osobowe przetwarzane będą w celu wypłaty refundacji w ramach programu „Szczepienia+” oraz że mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak brak wyrażenia zgody na ich przetwarzanie jest równoznaczne z wycofaniem wniosku o refundację.

…………………………………………………………….. …………………………………………………………….. *(data) (czytelny podpis i pieczątka)*

Załączniki:

- odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub kopia poświadczona przez WIL,

- kserokopia dokumentu finansowego potwierdzającego zakup szczepionek