

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE SZCZEPIENIA PRZECIWKO MENINGOKOKOM DLA DZIECI
LEKARZY**

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 (Proszę wpisać "X" przy wybranej formie):	
<input type="checkbox"/>	przelew na rachunek bankowy prowadzony w..... _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/>	odbiór osobisty w kasie BIL

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Imię i nazwisko dziecka	
PESEL dziecka	

Oświadczam, że dotychczas nie korzystałam/em z dofinansowania szczepienia przeciwko meningokokom dla wyżej wymienionego dziecka.

Oświadczam, że na dzień złożenia Wniosku nie zalegam w opłacaniu składki członkowskiej.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku wypłacenia refundacji otrzymam dokument PIT -11

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Do wniosku załączam:

1. Dowód zakupu szczepionki
2. Klauzulę dotyczącą przetwarzania danych.

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

UWAGA: Rozpatrywane będą tylko kompletne wnioski wraz z dołączonymi dokumentami

Pouczenie: na podstawie art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz.Urz.UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Bydgoska Izba Lekarska, z siedzibą przy ul. Powstańców Warszawy 11, 85-681 Bydgoszcz, tel. 52 346-07-80, e-mail: bil@bil.org.pl . Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji praw i obowiązków wynikających z ochrony socjalnej i oparte są na właściwej, zgodnej z obowiązującymi przepisami podstawie prawnej, tj. w przypadku danych zwykłych art. 6 ust. 1 pkt. C) oraz z przypadku danych szczególnych kategorii art. 9 ust 2 pkt. B) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych. Pełna treść klauzuli informacyjnej zamieszczona została w „REGULAMINIE PRYZNAWANIA ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH CZŁONKOM BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Wypełnia biuro BIL:	
Czy wnioskodawca wnioskował o dofinansowanie do szczepienia przeciwko meningokokom dla dziecka wymienionego we wniosku w ciągu ostatnich 4 lat?	TAK/ NIE
Czy dołączono potwierdzenie zakupu szczepionki?	TAK/ NIE
Czy wnioskodawca ma uregulowane składki członkowskie w BIL?	TAK/ NIE
Czy wnioskodawca jest członkiem BIL minimum 12 miesięcy? (jeśli nie to czy jest lekarzem stażystą?)	TAK/ NIE
Data i podpis pracownika biura BIL dokonującego weryfikacji	
W przypadku spełnienia kryteriów formalnych następuje automatyczna wypłata środków przez biuro BIL (bez weryfikacji przez Komisję Socjalną BIL)	

OŚWIADCZENIE DO CELÓW PODATKOWYCH

Nazwisko	
Pierwsze imię	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Urząd Skarbowy	
Nazwa banku i numer rachunku	

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

Bydgoszcz, dnia.....

.....

Czytelny podpis

