

REGULAMIN PRYZNAWANIA ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH CZŁONKOM BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Rozdział I. Podstawa wprowadzenia

Rozdział II. Cel i zakres przedmiotowy

Rozdział III. Postanowienia ogólne

Rozdział IV. Środki finansowe BIL na pomoc materialną

Rozdział V. Zasady i warunki przyznawania świadczeń pieniężnych

Rozdział VI. Zadania i uprawnienia Komisji socjalnej

Rozdział VII. Zasady przetwarzania danych osobowych

Rozdział VIII. Postanowienia końcowe

ROZDZIAŁ I. PODSTAWA WPROWADZENIA

1. Art. 5 pkt 19, art. 25 pkt 5 w zw. z art. 9 ust. 1 pkt 3) lit. d) ustawy o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342 t.j.),
2. Art. 5 ust. 2 oraz art. 24 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanym w dalszej części: „RODO”.

ROZDZIAŁ II. CEL I ZAKRES PRZEDMIOTOWY

1. Regulamin przyznawania świadczeń socjalnych członkom Bydgoskiej Izby Lekarskiej, zwany w dalszej części „Regulaminem” określa:
 1. osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń pieniężnych,
 2. rodzaje świadczeń – pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin,
 3. zasady i warunki przyznawania świadczeń pieniężnych oraz zwolnień ze składek członkowskich.
2. Celem Regulaminu jest:
 1. ustalenie jednolitych zasad przyznawania świadczeń pieniężnych,
 2. zapewnienie optymalnego poziomu bezpieczeństwa przetwarzanych danych, adekwatnie do rodzaju i zagrożeń.

ROZDZIAŁ III. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Przyznawanie świadczeń pieniężnych oraz ich wysokość uzależnione jest od sytuacji życiowej, rodzinnej oraz materialnej osób uprawnionych do korzystania z niej oraz wysokości środków finansowych przewidzianych w budżecie BIL, w danym roku na ten cel.
2. Świadczenia przyznawane są na pisemny wniosek osób uprawnionych złożony na obowiązującym formularzu, odpowiednim do rodzaju świadczenia wraz z wymaganymi załącznikami i mają charakter uznaniowy.
3. Ilekroć w Regulaminie mowa o:
 - 1) „lekarzu” rozumie się przez to: lekarza i lekarza dentyzę,
 - 2) „BIL” rozumie się przez to: Bydgoska Izba Lekarska,
 - 3) „ORL” rozumie się przez to: Okręgową Radę Lekarską lub Prezydium Rady BIL.
4. Wzory formularzy stanowią załączniki od 1 do 9 niniejszego Regulaminu.
5. W przypadku ubiegania się o świadczenie podlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych do wniosku załącza się również oświadczenie podatkowe, którego wzór określa załącznik nr 4. Wnioski wraz z wymaganymi załącznikami składa się w

siedzibie BIL. Następnie są one opiniowane przez Komisję Socjalną BIL, która po zatwierdzeniu wniosku przekazuje je do ORL.

6. Decyzje o przyznaniu świadczeń socjalnych podejmowane są w drodze uchwały ORL.

ROZDZIAŁ IV. ŚRODKI FINANSOWE BIL NA POMOC MATERIALNĄ

1. Wysokość środków finansowych na pomoc materialną na dany rok budżetowy określa budżet BIL.
2. Środkami budżetowymi na pomoc materialną ujętą w niniejszym Regulaminie zarządza Komisja Socjalna BIL.
3. ORL może zdecydować o nadzwyczajnych środkach finansowych przeznaczonych na indywidualną pomoc materialną lub utworzeniu dodatkowego funduszu specjalnego przeznaczenia.
4. Wypłata środków w ramach pomocy materialnej odbywa się według kolejności zgłoszeń do wysokości środków przewidzianych w budżecie BIL na dany rok kalendarzowy, z uwzględnieniem postanowień pkt 3 niniejszego rozdziału.
5. W przypadku wyczerpania 80% środków na pomoc socjalną, Komisja Socjalna BIL zastrzega sobie możliwość ograniczenia wydatków do świadczeń najbardziej priorytetowych.
6. Wszystkie wnioski o pomoc materialną na dany rok powinny być złożone nie później niż do dnia 30 listopada danego roku kalendarzowego. Wnioski złożone po tej dacie będą rozpatrzone w kolejnym roku kalendarzowym.

ROZDZIAŁ V. ZASADY I WARUNKI PRYZNAWANIA ŚWIADCZEŃ PIENIĘŻNYCH

1. Do świadczeń socjalnych przyznawanych na podstawie niniejszego regulaminu należą:
 - 1) zasiłek pośmiertny;
 - 2) zapomogi pieniężne udzielane w trudnych przypadkach losowych przysługujące nie częściej niż raz w roku;
 - 3) pomoc materialna w postaci stypendium dla dzieci lekarzy znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej (choroba lub śmierć lekarza);
 - 4) dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 5) refundacja zakupu wieńców i kwiatów dla delegacji uczestniczącej w pogrzebie lekarza;
 - 6) dofinansowanie wydarzeń sprzyjających integracji środowiska medycznego:
 - a) dofinansowanie wycieczek dla lekarzy organizowanych przez Komisję ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów BIL,
 - b) dofinansowanie Spotkania Wigilijnego Lekarzy Seniorów,
 - c) dofinansowanie spotkań dla dzieci w wieku 3-12 lat w ramach Dnia Dziecka oraz Mikołajek,
 - d) dofinansowanie inicjatyw Matek Lekarek,
 - e) inne, na wniosek członków BIL, w przypadku niewykorzystania puli przeznaczonej na świadczenia socjalne;
 - 7) dofinansowanie pobytu w ośrodkach rehabilitacyjnych;
 - 8) refundacja szczepienia przeciwko grypie dla lekarzy seniorów;
 - 9) refundacja szczepienia przeciwko meningokokom dla dzieci lekarzy;
 - 10) zwolnienia ze składek członkowskich w wysokości 50 lub 100 %.
2. Ze świadczeń socjalnych mogą korzystać:
 - 1) lekarze i lekarze dentyści będący członkami BIL przez okres co najmniej 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku o uzyskanie świadczenia (z wyłączeniem lekarzy odbywających staż podyplomowy), którzy nie mają zaległości w opłacaniu składek członkowskich;

- 2) członkowie najbliższej rodziny lekarza, o którym mowa w ppkt 1 powyżej, tj. małżonek, wstępni i zstępni do I stopnia pokrewieństwa (w tym dzieci przysposobione) w zakresie zasiłku pośmiertnego oraz stypendium dla dzieci lekarzy.
3. W danym roku kalendarzowym można skorzystać maksymalnie jeden raz z każdego rodzaju świadczeń wymienionych w pkt 1 niniejszego rozdziału, chyba, że szczegółowe warunki przyznania świadczenia stanowią inaczej.
4. Ustala się maksymalne kwoty wysokości świadczeń socjalnych:
 - 1) zasiłek pośmiertny – do 1500 zł;
 - 2) zapomogi pieniężne udzielane w trudnych przypadkach losowych przysługujące nie częściej niż raz w roku – do 3000 zł, zgodnie ze złożonym wnioskiem;
 - 3) pomoc materialna w postaci stypendium dla dzieci lekarzy znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej (choroba lub śmierć lekarza), wypłacane co miesiąc przez okres od 3 miesięcy do 1 roku od czasu podjęcia uchwały ORL o przyznaniu świadczenia, na wniosek wnioskodawcy na rzecz małoletnich dzieci i na wniosek pełnoletnich dzieci, które uczą się w szkole lub szkole wyższej, do ukończenia przez nie 25 roku życia w wysokości:
 - a. 400 zł miesięcznie – przy średnich dochodach na jednego członka rodziny poniżej 1600 zł miesięcznie,
 - b. 350 zł miesięcznie – przy średnich dochodach na jednego członka rodziny powyżej 1600 zł i poniżej 1800 zł miesięcznie,
 - c. 300 zł miesięcznie – przy średnich dochodach na jednego członka rodziny powyżej 1800 zł i poniżej 2000 zł miesięcznie- o pomoc materialną w postaci stypendium można wnioskować trzykrotnie, w szczególnie uzasadnionych przypadkach ORL może podjąć decyzję o przedłużeniu stypendium - wzór wniosku o wypłacenie zapomogi w postaci stypendium dla dziecka lekarza stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu;
 - 4) Dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do wysokości poniesionych kosztów, nie więcej niż 2000 zł rocznie; przyznawane na podstawie dołączonej dokumentacji medycznej – wzór wniosku o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego stanowi załącznik nr 6 do Regulaminu;
 - 5) refundacja zakupu wieńców i kwiatów dla delegacji uczestniczącej w pogrzebie lekarza – do 300 zł;
 - 6) dofinansowanie wydarzeń sprzyjających integracji środowiska medycznego:
 - a. dofinansowanie wycieczek dla lekarzy organizowanych przez Komisję ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów BIL lub współorganizowanych z innymi izbami lekarskimi – do 400 zł rocznie,
 - b. dofinansowanie Spotkania Wigilijnego Lekarzy Seniorów,
 - c. dofinansowanie spotkań dla dzieci w wieku 3-12 lat w ramach Dnia Dziecka oraz Mikołajek,
 - d. dofinansowanie inicjatyw Matek Lekarek,
 - e. inne, na wniosek członków BIL, w przypadku niewykorzystania puli przeznaczonej na świadczenia socjalne;
 - 7) dofinansowanie pobytu w ośrodkach rehabilitacyjnych w wysokości 900 zł raz na 4 lata, przyznawane na podstawie dołączonej dokumentacji medycznej – wzór wniosku o dofinansowanie pobytu w ośrodkach rehabilitacyjnych stanowi załącznik nr 9 do niniejszego Regulaminu;
 - 8) refundacja szczepienia przeciwko grypie dla lekarzy seniorów – szczegóły dofinansowania będą ustalane osobno dla każdego sezonu i ogłaszane w biuletynie BIL Primum;
 - 9) refundacja szczepienia przeciwko meningokokom dla dzieci lekarzy – do 400 zł na dziecko.

5. Przyznanie i wysokość zapomóg w trudnych przypadkach losowych uzależnia się od sytuacji materialnej, rodzinnej i życiowej osób uprawnionych. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 5 do niniejszego Regulaminu. Dochód na osobę w rodzinie nie może wynieść więcej niż 80% minimalnego wynagrodzenia za pracę przysługującego w momencie złożenia wniosku.
6. Wzór deklaracji o dochodach stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu. Za dochód miesięczny rodziny uważa się średnią z sumy wymienionych w tym załączniku dochodów w gospodarstwie domowym z okresu ostatnich trzech miesięcy, bez względu na tytuł i źródło otrzymania, pomniejszone o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę na ubezpieczenie społeczne, alimenty na rzecz osób trzecich. Dochód osób prowadzących działalność gospodarczą jest nie mniejszy niż podstawa wymiaru składek emerytalno-rentowych. Dochody dziecka stanowią kwoty renty rodzinnej wraz z dodatkiem dla sierot zupełnych, zasiłek pielęgnacyjny, otrzymywane alimenty oraz dochody z majątku dziecka. Sytuację materialną należy potwierdzić za pomocą wglądu do rozliczenia PIT za poprzedni rok. W przypadku nagłej zmiany sytuacji majątkowej należy dołączyć stosowane oświadczenie.
7. W przypadkach pomocy losowej związanej z klęskami żywiołowymi, ekologicznymi oraz nieszczęśliwymi nagłymi zdarzeniami nie mają zastosowania ograniczenia z pkt 5 i 6 powyżej. W uzasadnionych przypadkach na wniosek Komisji Socjalnej BIL ORL może wyłączyć zastosowanie kryterium dochodowego dla wnioskodawcy.
8. Brak współdziałania lekarza lub jego rodziny z BIL w rozwiązywaniu trudnej sytuacji, nieuzasadniona odmowa podjęcia pracy, marnotrawstwo przyznanych świadczeń, celowe niszczenie lub marnotrawstwo własnych zarobków materialnych, poziom życia znacznie odbiegający od deklarowanego są dostatecznymi powodami do odmowy pomocy.
9. Zasiłek pośmiertny w przypadku zgonu lekarza może być przyznany członkowi rodziny lekarza (małżonkowi, wstępnym i zstępnym w linii prostej I stopnia pokrewieństwa) albo osobie pozostającej ze zmarłym za jego życia we wspólnym pożyciu (prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego) na ich wniosek jako jednorazowy zasiłek pogrzebowy (po zmarłym lekarzu) w wysokości określonej w pkt 4, ppkt 1 niniejszego rozdziału. Wniosek o wypłatę zasiłku składa się wraz z aktem zgonu lekarza w terminie maksymalnie 6 miesięcy od daty zgonu. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu. W przypadku braku członków rodziny, o których mowa powyżej, jednorazowy zasiłek pogrzebowy może być wypłacony osobie, która udokumentuje, iż opiekowała się zmarłym lekarzem oraz poniosła koszty jego pochówku. Zapomoga może być przyznana tylko jednemu i pierwszemu wnioskodawcy, który udokumentuje koszty pochówku.
10. Refundacja szczepienia przeciwko grypie przysługuje lekarzom w wieku 60-75 r.ż., na wniosek zainteresowanego lekarza. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 7 do niniejszego Regulaminu. Podstawę refundacji stanowi wniosek, do którego należy dołączyć fakturę imienną za zakup szczepionki.
11. Refundacja szczepienia przeciwko meningokokom dla dzieci lekarzy przyznawane są na wniosek zainteresowanego lekarza i dotyczą dzieci w wieku lat 4. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 8 do niniejszego Regulaminu. Świadczenie przysługuje na każde dziecko do kwoty określonej w pkt 4 ppkt 9 niniejszego rozdziału. Ze świadczenia można skorzystać jednokrotnie. W przypadku, gdy oboje rodziców jest lekarzami, świadczenie wypłacane jest jednemu z nich. Podstawę refundacji stanowi załączony do wniosku dowód opłaty za szczepionkę (faktura imienna z danymi dziecka z apteki lub przychodni). Wnioski na dany rok kalendarzowy należy złożyć do dnia 31 października, natomiast dowód zakupu można dołączyć w późniejszym terminie.
12. Wnioski o refundację zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz szczepień należy złożyć w terminie 3 miesięcy od daty zakupu. Wnioski o refundację szczepień należy złożyć w terminie 3 miesięcy od daty zakupu. Natomiast w przypadku wniosków o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego należy go dokonać i rozliczyć w ciągu 3 miesięcy od przyznania i przekazania kwoty dofinansowania.

13. Refundacja zakupu wieńców i kwiatów dla delegacji uczestniczącej w pogrzebie lekarza przysługuje na wniosek, do którego dołączony jest dowód zakupu kwiatów. Decyzję o refundacji podejmuje biuro Izby na podstawie wniosku. Wniosek można składać w terminie do 30 dni od daty pogrzebu. Zwrot kosztów przyznawany jest tylko osobie, która pierwsza złożyła wniosek na dany pogrzeb.
14. W przypadku dofinansowania wydarzeń sprzyjających integracji środowiska medycznego nie dopuszcza się podwójnego finansowania wydarzeń z różnych kategorii wydatków BIL.
15. Wnioski mogą być złożone pisemnie w biurze BIL lub przedstawione ustnie na zebraniu członków Komisji Socjalnej BIL.
16. W przypadkach szczególnie trudnej sytuacji, nieobjętej niniejszym regulaminem wnioski rozpatrywane są indywidualnie.

ROZDZIAŁ VI. ZADANIA I UPRAWNIENIA KOMISJI SOCJALNEJ

1. Komisja Socjalna bada zasadność pomocy na podstawie:
 - 1) oświadczeń zainteresowanego i członków jego rodziny,
 - 2) dokumentów załączonych do wniosku lub zażądanych przez Komisję Socjalną BIL lub przeprowadzenia wywiadu w środowisku zainteresowanych i kontroli wykorzystania przydzielonej pomocy.
2. Wysokość pomocy finansowej ustala Komisja Socjalna BIL, odrębnie dla każdego zainteresowanego, po rozpatrzeniu wniosku.
3. Świadczenie nienależnie przyznane na podstawie nieprawdziwych informacji lub sfałszowanych dokumentów oraz przydzielone po zmianie sytuacji materialnej lub osobistej podlegają zwrotowi.
4. Decyzja Komisji Socjalnej BIL w sprawie przyznania pomocy finansowej zostaje podjęta po rozpatrzeniu wniosku o udzielenie zapomogi w głosowaniu jawnym zwykłą większością głosów. W razie równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego, a w razie jego nieobecności głos Wiceprzewodniczącego.
5. Przewodniczący Komisji Socjalnej BIL, w imieniu Komisji, przekazuje wszystkie decyzje Komisji do ORL celem ich akceptacji.
6. Komisja Socjalna BIL podejmuje decyzję odmawiającą przyznania świadczenia pieniężnego w przypadku:
 - 1) uznania braku zasadności wniosku,
 - 2) nie spełnienia wymogów formalnych przez wnioskującego,
 - 3) wystąpienia okoliczności, o których mowa w rozdziale 5 pkt 8 Regulaminu,
 - 4) zalegania ze składkami na rzecz BIL ponad 3 miesiące, z wyłączeniem sytuacji losowych, o których mowa w rozdziale 5 pkt 1 ppkt 1-4
 - 5) braku uzupełnienia wniosku we wskazanym przez Komisję terminie.
7. Członkowie Komisji Socjalnej i pracownicy biura BIL obsługujący Komisję posiadają dostęp do danych osobowych osób wnioskujących i ich rodzin.
8. Prezes BIL poleca przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych w BIL, w związku z pełnioną funkcją i upoważnia do czynności przetwarzania w zakresie niezbędnym do realizacji zadań.
9. Komisja Socjalna BIL, działając na podstawie Uchwały nr 60/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 grudnia 2022 r. zmieniającej uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej, dokonuje weryfikacji zasadności zwolnienia lekarza lub lekarza dentysty z obowiązku opłacania składki członkowskiej w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru lub w całości. W przypadku uznania, iż zachodzi uzasadniony przypadek do zwolnienia Komisja Socjalna BIL występuje ze stosownym wnioskiem do ORL celem podjęcia uchwały w tym zakresie.

ROZDZIAŁ VII. ZASADY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH – art. 13 RODO

1. BIL jest podmiotem uprawnionym do przetwarzania danych osobowych osób ubiegających się o świadczenia socjalne.
2. BIL jest administratorem danych osobowych zawartych we wnioskach i dokumentach niezbędnych do uzyskania świadczenia.
3. 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 lit. c) RODO oraz w przypadku danych szczególnych kategorii art. 9 ust. 2 lit. b) RODO.
4. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji celu. Odmowa podania danych uniemożliwi BIL realizację uprawnień do uzyskania wsparcia finansowanego ze środków przeznaczonych na działalność socjalną.
5. Dane osobowe przekazywane są wyłącznie podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
6. Dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym oraz nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
7. Dane osobowe przechowywane będą w okresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania, zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa tj. przez okres ubiegania się o konkretne świadczenie oraz czas niezbędny do ustalenia prawa do świadczenia i realizacji tego prawa, nie dłużej niż 5 lat, zastrzeżeniem pkt 8 poniżej.
8. Kopie dokumentów załączone do wniosków o przyznanie świadczenia socjalnego uzasadniające jego przyznanie będą przechowywane nie dłużej niż do najbliższego sprawozdawczo–budżetowego Okręgowego Zjazdu Lekarzy BIL i niszczone, po uprzednim sporządzeniu wykazu dokumentów uzasadniających przyznanie świadczenia z oznaczeniem ich identyfikatora.
9. Osoby uprawnione mają prawo:
 - 1) dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także ich przenoszenia, w granicach określonych przepisami prawa,
 - 2) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają, że przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy prawa,
 - 3) kontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych BIL we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących im na mocy RODO, e-mail: rodoinspektor.bil@bil.org.pl.

ROZDZIAŁ VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych postanowieniami niniejszego Regulaminu rozstrzyga ORL.
2. Niniejszy Regulamin przyznawania świadczeń socjalnych członkom Bydgoskiej Izby Lekarskiej wchodzi w życie z dniem 26.01.2023r .

Bydgoszcz, dnia

.....
(imię i nazwisko składającego deklarację)

DEKLARACJA O DOCHODACH

za okres
(min. pełnych 3 miesięcy kalendarzowych poprzedzających datę złożenia wniosku)

Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe składa się z następujących osób:

1. Imię i nazwisko
wnioskodawca,
2. Imię i nazwisko
współmałżonek....., data urodzenia.....
3. Imię i nazwisko
stopień pokrewieństwa, data urodzenia.....
4. Imię i nazwisko
stopień pokrewieństwa, data urodzenia.....
5. Imię i nazwisko
stopień pokrewieństwa, data urodzenia.....

Oświadczam, że w podanym wyżej okresie dochody moje i wymienionych kolejno członków mojego gospodarstwa domowego wyniosły:

Lp. ¹	Miejsce pracy lub nauki	Źródła dochodu ²	Wysokość dochodu w zł

Łączny dochód z całego gospodarstwa domowego:			

¹Podać liczbę porządkową wg wykazu osób zamieszczonego przed tabelą

²Wymienić oddzielnie każde źródło dochodu.

Do dochodów zalicza się w szczególności dochody z tytułu:

1. Stosunku pracy, działalności gospodarczej, umów zlecenia lub umowy o dzieło,
2. zasiłków pielęgnacyjnych, rodzinnych i wychowawczych oraz dodatków dla sierot zupełnych,
3. świadczeń z pomocy społecznej,
4. prowadzenia gospodarstwa rolnego, ustalenie z zastosowaniem hektarów przeliczeniowych wg zasad określonych w przepisach o podatku rolnym,
5. alimentów, stypendiów, emerytur i rent, w tym zagranicznych.

Średni miesięczny dochód na 1 członka gospodarstwa domowego wynosi zł,

słownie

Średni miesięczny dochód na 1 członka gospodarstwa domowego wynosił w poprzednim

roku podatkowym zł, słownie

Składając osobiście niniejszą deklarację potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych w deklaracji.

.....

(podpis)

Wypełnia biuro BIL	
Dane dotyczące średniego dochodu na 1 członka gospodarstwa domowego w poprzednim roku podatkowym zweryfikowane na podstawie rozliczenia rocznego PIT	(data i czytelny podpis pracownika biura BIL)

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI POŚMIERTNEJ PO ZMARŁYM LEKARZU

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Numer PWZ wnioskodawcy (o ile posiada)	
Numer PWZ zmarłego 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 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)

Do wniosku załączam:

1. Kserokopię aktu zgonu zmarłego,
2. Kserokopię aktu małżeństwa (jeśli dotyczy),
3. Klauzulę dotyczącą przetwarzania danych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami dotyczącymi wypłat pomocy materialnej w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej dotyczącymi zapomogi po śmierci lekarza 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)

Oświadczam, że przed śmiercią zmarłego byłam/em:

1. małżonką/iem zmarłego*;
2. osobą stanu wolnego, nie pozostającą w formalnym związku małżeńskim, pozostającą ze zmarłym we wspólnym pożyciu, tj. łączyła mnie ze zmarłym więź duchowa (emocjonalna), fizyczna oraz gospodarcza (prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego).*
3. dzieckiem zmarłego*
4. opiekunem zmarłego*
5. rodzicem zmarłego*

.....
(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 PRZYZNAWANIA ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH CZŁONKOM BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Wypełnia biuro BIL:	
Wniosek o zasiłek pośmiertny po danym lekarzu jest pierwszym, który wpłynął do BIL	TAK/ NIE
Przedstawiono potwierdzenie poniesionych kosztów pochówku	TAK/ NIE
Data i podpis pracownika biura BIL dokonującego weryfikacji	

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:	TAK/ NIE*
Uwagi	
Data i podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji Socjalnej	
Data i podpis innego członka Komisji Socjalnej	

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3 do Regulaminu świadczeń socjalnych BIL

WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI W POSTACI STYPENDIUM DLA DZIECKA LEKARZA

Dane wnioskodawcy:

Imię	
Nazwisko	
Imię i nazwisko zmarłego lekarza	
Numer PWZ zmarłego 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 rachunek bankowy prowadzony w..... _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/>	odbiór osobisty w kasie BIL

Do wniosku załączam:

1. Kserokopię aktu zgonu zmarłego lekarza;
2. Kserokopię aktu urodzenia wnioskodawcy;
3. Dla wnioskodawców pomiędzy 18 a 25 rokiem zaświadczenie o kontynuowaniu nauki;
4. Klauzula dotycząca przetwarzania danych.
5. Deklaracja o dochodach

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

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)

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:	
Do wniosku dołączono wymagane dokumenty	TAK/ NIE*
Czy wnioskodawca korzystał z zapomogi w poprzednich latach? Jeśli tak to ile razy?	TAK/ NIE* Ile razy?
Data i podpis pracownika biura BIL dokonującego weryfikacji	

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:	TAK/ NIE*
Komisja Socjalna odrzuca wniosek (jeśli tak należy podać powód odmowy)	TAK/ NIE*
Uwagi	
Data Podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji Socjalnej	
Data Podpis Sekretarza Komisji Socjalnej	

*niepotrzebne skreślić

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

**WNIOSEK O WYPŁACENIE ZAPOMOGI UDZIELANEJ W TRUDNYCH PRZYPADKACH
LOSOWYCH**

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)

Do wniosku załączam:

1. Deklarację o dochodach

.....
.....

Wypełnia biuro BIL:	
Czy wnioskodawca w bieżącym roku kalendarzowym wnioskował o zapomogę udzielaną w trudnej sytuacji losowej?	TAK/ NIE*
Czy dołączono wymagane dokumenty?	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	

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:	TAK/ NIE*
Komisja Socjalna odrzuca wniosek (jeśli tak należy podać powód odmowy)	TAK/ NIE*
Uwagi	
Data i podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji Socjalnej	
Data i podpis innego członka Komisji Socjalnej	

*niepotrzebne skreślić

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO

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)

Do wniosku załączam:

1. Dowód zakupu sprzętu rehabilitacyjnego wraz z określeniem rzeczywiście poniesionych kosztów (w przypadku dofinansowania przed zakupem należy dostarczyć w/w dokumenty w ciągu 3 miesięcy od daty otrzymania kwoty dofinansowania)
2. Dokumentację medyczną uzasadniającą konieczność korzystania z wyżej wymienionego sprzętu do rehabilitacji
3. 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)

*niepotrzebne skreślić

.....

(czytelny podpis)

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

Zwracam się z prośbą o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego w wysokościzł. Poniesione przeze mnie koszty zakupu tego sprzętu wynoszą/wyniosą*zł. Sprzęt jest mi niezbędny z uwagi na

.....
.....

.....

(data)

*niepotrzebne skreślić

.....

(czytelny podpis)

Wypełnia biuro BIL:	
Czy wnioskodawca w bieżącym roku kalendarzowym wnioskował o dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego?	TAK/ NIE*
Czy dołączono wymagane dokumenty?	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	

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:	TAK/ NIE*
Komisja Socjalna odrzuca wniosek (jeśli tak należy podać powód odmowy)	TAK/ NIE*
Uwagi	
Data i podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji Socjalnej	
Data i podpis innego członka Komisji Socjalnej	

Załącznik nr 7 do Regulaminu świadczeń socjalnych BIL

WNIOSEK O REFUNDACJĘ SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE DLA LEKARZY SENIORÓW

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 dentyków Bydgoskiej Izby Lekarskiej oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Do wniosku załączam:

1. Dowód zakupu szczepionki
2. Klauzulę dotyczącą przetwarzania danych.
3. Oświadczenie do celów podatkowych (załącznik nr 4)

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)

*niepotrzebne skreślić

.....

(czytelny podpis)

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.U.E 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 PRYZYNAWANIA ŚWIADCZEŃ SOCJALNYCH CZŁONKOM BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Wypełnia biuro BIL:	
Czy wnioskodawca w bieżącym roku kalendarzowym wnioskował o refundację szczepienia przeciwko grypie?	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?	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)	

Załącznik nr 8 do Regulaminu świadczeń socjalnych BIL

WNIOSEK O REFUNDACJĘ 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 dentyków 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 refundacji szczepienia przeciwko meningokokom dla wyżej wymienionego dziecka.

Oświadczam, że na dzień złożenia Wniosku nie zalegam w opłaceniu 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.
3. Oświadczenie do celów podatkowych (załącznik nr 4)

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 refundację do szczepienia przeciwko meningokokom dla dziecka wymienionego we wniosku w ciągu ostatnich 4 lat? Jeśli tak to w jakiej kwocie wypłacono świadczenie (max. 400zł/dziecko)	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	TAK/ NIE

miesiący? (jeśli nie to czy jest lekarzem stażystą?)	
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)	

Załącznik nr 9 do Regulaminu świadczeń socjalnych BIL

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE POBYTU W OŚRODKACH REHABILITACYJNYCH

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)

Do wniosku załączam:

1. Dokumentację medyczną uzasadniającą konieczność korzystania z turnusu rehabilitacji
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)

*niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis)

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

Zwracam się z prośbą o dofinansowanie pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym w wysokościzł Wymagam leczenia rehabilitacyjnego z powodu

.....
.....

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 4 lat nie wnioskowałam/em o powyższe świadczenie do BIL

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Wypełnia biuro BIL:	
Czy wnioskodawca w ciągu ostatnich 4 lat wnioskował o dofinansowanie pobytu w ośrodkach rehabilitacyjnych? Jeśli tak to kiedy i czy wypłacono świadczenie	TAK/ NIE*
Czy dołączono wymagane dokumenty?	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	
---	--

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:	TAK/ NIE*
Komisja Socjalna odrzuca wniosek (jeśli tak należy podać powód odmowy)	TAK/ NIE*
Uwagi	
Data i podpis Przewodniczącego/ Wiceprzewodniczącego Komisji Socjalnej	
Data i podpis innego członka Komisji Socjalnej	