



Łódź,

Imię i nazwisko

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania: kod.....miejscowość.....

Ulica.....nr domunr mieszkania.....

PESEL

Urząd Skarbowy.....

Proszę o wypłacenie zapomogi z tytułu zgonu

.....

imię i nazwisko osoby zmarłej

- członka Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, zmarłego w dniur., co potwierdza okazany akt zgonu nr wydany przez w dniu r.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. poniosłem:

a. wszystkie koszty pogrzebu zmarłego w łącznej kwocie złotych, na dowód czego okazuję dowody poniesienia tych kosztów we wskazanej wysokości;

b. poniosłem część kosztów pogrzebu zmarłego w kwocie złotych, co stanowi część całkowitych kosztów pogrzebu wynoszących złotych, a inne osoby ponoszące te koszty to:

i., który poniósł części kosztów pogrzebu (tj. kwotę zł)

ii., który poniósł części kosztów pogrzebu (tj. kwotę zł)

2. proszę o wypłacenie zapomogi w przysługującej mi kwocie na rachunek bankowy

3. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie objętym wnioskiem w celu uzyskania zapomogi i dokonania niezbędnych rozliczeń księgowych i podatkowych.

.....

podpis

Klauzula Informacyjna

Zgodnie z art. 13 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) - dalej RODO - Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi informuje, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi z siedzibą przy ulicy Czerwonej 3, 93-005 Łódź.

Dane osobowe przetwarzane są na podstawie przepisów prawa w szczególności:

- art. 6 ust. 1 lit. b RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
- art. 6 ust. 1 lit. c RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z :
 - ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
 - ustawą o izbach lekarskich;

OIL przetwarza dane osobowe w celu:

- Realizacji wypłaty zapomóg zgodnie z Uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi Nr 1242/VIII/2020 z 21 stycznia 2020 r.,
- dokonania niezbędnych rozliczeń księgowych i podatkowych.

Osoby, których dane są przetwarzane:

- posiadają prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawo do przenoszenia danych,

- mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Okres przechowywania danych osobowych regulują przepisy prawa.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak nie podanie danych osobowych uniemożliwi skorzystanie z przysługującego świadczenia,

Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez Okręgową Izbę Lekarską w Łodzi.

.....
Data oraz czytelny podpis