

**WNIOSEK<sup>1</sup>**  
(wypełniamy drukowanymi literami)

IMIĘ	
NAZWISKO	
NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU	
PESEL	
DATA URODZENIA	
ADRES DO KORESPONDENCJI	
NR TELEFONU	

Wnoszę o przyznanie dofinansowania przewidzianego uchwałą nr 681/VII/2015 Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi z dnia 20 stycznia 2015 roku ze zmianami na poniesione przeze mnie koszty doskonalenia zawodowego:

ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA	
FORMA KSZTAŁCENIA	
PRZEDMIOT KSZTAŁCENIA (TREŚĆ)	
TERMIN KSZTAŁCENIA	
WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA*	

\* zgodnie z § 1 uchwały dofinansowane mogą być wyłącznie koszty poniesione przez lekarza bądź lekarza dentystę bezpośrednio na podnoszenie kwalifikacji zawodowych, z wyłączeniem kosztów przejazdu, wyżywienia, noclegów, a maksymalna wysokość dofinansowania wynosi 1200 zł w okresie rozliczeniowym określonym zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia z dnia 21 lutego 2022r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. 2022., poz. 464)

Poniesienie przeze mnie kosztów doskonalenia zawodowego potwierdzają załączone do wniosku kopie:

1. DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY ODBYCIE SZKOLENIA (CERTYFIKAT/DYPLOM)
2. DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY DOKONANIE PŁATNOŚCI NA TEN CEL  
(FAKTURA / IMIENNY DOWÓD ZAKUPU)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Proszę o wypłatę przyznanego dofinansowania:

- gotówką w kasie OIL w Łodzi
- przelewem na rachunek bankowy.....

**UWAGA! Zobowiązuję się do zwrotu przyznanej mi pomocy finansowej jeśli zostanie skreślona/skreślony z listy członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, z przyczyn określonych w art. 7 ust. 1 pkt 1-4 ustawy o izbach lekarskich, przed upływem dwóch lat od wypłacenia mi tej pomocy.**

.....

(data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

<sup>1</sup> Zgodnie z załącznikiem nr 1 do uchwały nr 1347/VII/2016 Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi z 19 stycznia 2016 roku

## Klauzula Informacyjna

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (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 dentysty;

ustawą o izbach lekarskich;

OIL przetwarza dane osobowe w celu:

Realizacji wypłaty zapomóg zgodnie z Uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi Nr 681/VII/2015 z późniejszymi zmianami.

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. Dane będą przetwarzane na potrzeby rozpatrzenia i realizacji wniosku.

.....

Data oraz czytelny podpis