

Łódź,.....

.....
imię i nazwisko lekarza
lub lekarza dentysty

.....
adres zamieszkania

.....
numer dowodu osobistego

.....
urząd skarbowy

Wniosek o przyznanie wsparcia dla lekarzy seniorów

Proszę o przyznanie wsparcia dla lekarzy seniorów przewidzianego uchwałą ORL w Łodzi nr 44/VIII/2018 z 8.05.2018r. (dalej Uchwała) w kwocie:

..... (.....) złotych.

Oświadczam, że korzystałam/em z następujących odpłatnych świadczeń określonych w wyżej wymienionej Uchwale:

.....
.....,
których koszt wyniósł łącznie

(.....) złotych,

na dowód czego przedkładam:

Przyznaną kwotę wsparcia:

- odbiorę osobiście w kasie OIL
- proszę przelać na rachunek bankowy:

Zobowiązuję się do zwrotu przyznanej mi pomocy finansowej jeśli zostaną 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie objętym wnioskiem w celu uzyskania wsparcia dla lekarzy seniorów i dokonania niezbędnych rozliczeń księgowych i podatkowych.

.....
Podpis

.....
numer prawa wykonywania zawodu

Jednocześnie OIL w Łodzi informuje, że kwota wypłaconego wsparcia podlega opodatkowaniu. W związku z tym po zakończeniu roku kalendarzowego, w którym nastąpiła wypłata (do końca lutego następnego roku), OIL w Łodzi prześle na Pani/ Pana adres deklarację PIT-11. Kwotę przychodu (tzn. kwotę udzielonego wsparcia) z tej deklaracji należy uwzględnić w rocznym zeznaniu podatkowym, oraz obliczyć i odprowadzić od niej podatek.

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 :

o ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

o 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

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

