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: ...........................................................................

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 :
	+ 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 1242/VIII/2020 z 21 stycznia 2020 r.

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