

.....
(miejsowość)

.....
(data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr Prawa Wykonywania Zawodu)

tel. kont.....

e-mail.....

Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku
ul. Śniadeckich 33
80-204 Gdańsk

**WNIOSEK
O ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI
CZŁONKOWSKIEJ NA CZAS OKREŚLONY**

Zgodnie z Uchwałą Nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej § 3. proszę o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej na czas określony od.....do.....
i oświadczam, że nie osiągam przychodów z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych (z wyłączeniem renty lub emerytury).

.....
(czytelny podpis)

Pouczenie:

- 1) W przypadku złożenia oświadczenia o braku dochodów niezgodnie z prawdą lub niedostarczenia w przypadku żądania przez Okręgową Izbę Lekarską dokumentów podatkowych, Okręgowa Rada Lekarska podejmuje uchwałę stwierdzającą brak podstaw do zwolnienia w okresie, o który wnioskował lekarz i wzywa lekarza do zapłaty zaległych składek wraz z odsetkami ustawowymi.
- 2) Zwolnienie przysługuje lekarzowi jedynie na okres nie osiągnięcia przychodów. Lekarz traci prawo do zwolnienia z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym osiągnie przychód.

O zaistniałym zdarzeniu (osiąganiu przychodów) lekarz ma obowiązek niezwłocznie powiadomić Okręgową Izbę Lekarską.