.................... .........................
 (miejscowość) (data)
..........................................
 (imię i nazwisko)

..........................................

...........................................
 (adres)
..............................................
 (nr PWZ )

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 NIEOKREŚLONY

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 nieokreślony od ……………………………..
i oświadczam, że nie osiągam przychodów z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty 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 osiągania przychodów. Lekarz traci prawo
do zwolnienie z pierwszym dniem miesiąca , następującego po miesiącu, w którym osiągnie
przychód.
O zaistniałym zdarzeniu (osiąganie przychodów) lekarz ma obowiązek niezwłocznie powiadomić OIL w Gdańsku.