.................... .........................  
 (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.