Załącznik nr 2 do regulaminu Komisji Socjalnej OIL w Gdańsku

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

 /miejscowość, data/

Imię i nazwisko ……………………………………..

Adres zamieszkania ……………………………………..

PESEL ………………………... PWZ…………………..

Urząd Skarbowy ……………………… Nr telefonu …………………………………..

 **Komisja Socjalna**

 **Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku**

**WNIOSEK**

Zwracam się o przyznanie z Funduszu Samopomocy **zapomogi bezzwrotnej**

**Uzasadnienie**:

…………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ostatni raz z Funduszu Samopomocy Komisji Socjalnej korzystałem/am w ..…………..roku

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że wraz ze mną wspólnie zamieszkują i prowadzą gospodarstwo domowe\* niżej wskazane osoby\*\* / jestem osobą samotną\*\*:

(stopień pokrewieństwa/ rok urodzenia):

1. ………………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………………
3. ………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………….

Średni miesięczny dochód brutto mojego gospodarstwa domowego w przeliczeniu na jednego członka rodziny przekracza/ nie przekracza……………………………………zł

Oświadczam, iż nie zalegam\*/zalegam\* ze składkami członkowskimi za okres……..

Oświadczam, iż powyższe dane złożyłem/am zgodnie z prawdą.

W przypadku przyznania świadczenia proszę o przekazanie środków przelewem na rachunek bankowy: ……………………………………………………………………………………….

 ……………………………..

 /podpis wnioskodawcy

Wnioskodawca **zalega** z obowiązkiem zapłaty składek członkowskich na kwotę ……..…. / **nie zalega z obowiązkiem zapłaty składek członkowskich\***

……………………………..

 /podpis pracownika OIL/

Po posiedzeniu zespołu Komisji Socjalnej w dniu ………………………….. i rozpatrzeniu wniosku postanowiono **\*przyznać zapomogę w wysokości ……………………………… /\*odmówić przyznania zapomogi.**

**Uzasadnienie decyzji (***wypełnia Przewodniczący Komisji lub osoba przez niego wskazana***)**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**DO: *SKARBNIKA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ / PREZESA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ / WICEPREZESA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ[[1]](#footnote-1)***

**Proszę o wyrażenie zgody na udzielenie zapomogi zgodnie z treścią decyzji j/w.**

 …………………………….

**- Wyrażam zgodę na udzielenie zapomogi zgodnie z treścią decyzji.**

**- Wyrażam sprzeciw wobec udzielenia zapomogi, z powodów wskazanych poniżej:**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………….

1. *Prawo wyrażenia zgody lub sprzeciwu przysługuje Skarbnikowi ORL, lub w przypadku jego nieobecności – Prezesowi lub upoważnionemu Wiceprezesowi ORL* [↑](#footnote-ref-1)