

1. Nazwisko i imię:

[illegible]

3. Dowód Osobisty: Seria				Numer:					
--------------------------	--	--	--	--------	--	--	--	--	--

Wydany przez: w dniu:.....

4. Numer prawa wykonywania zawodu:

5. Miejsce zamieszkania:

tel.: mail:

6. Miejsce pracy

7. Numer rejestru praktyki lekarskiej:

8. Informacja o dochodach (PIT za rok poprzedzający złożenie wniosku oraz zaświadczenie o średnich dochodach netto z ostatnich 3 miesięcy).....

9. Decyzja o wysokości renty/emerytury

10. Wysokość kosztu kształcenia:.....

11. Data zakończenia kształcenia:.....

12. Wnioskowana kwota pożyczki (maksymalnie 5 000 PLN):.....

13. Uzasadnienie:

.....

.....

.....

14. Numer konta, na który należy przestać przyznaną pożyczkę:

[illegible]

Oświadczam, że powyższe dane złożyłem/łam zgodnie z prawdą.

data

podpis:

UWAGA: Podczas podpisywania umowy o pożyczkę wymagane będą podpisy dwóch poręczycieli:

- w przypadku lekarzy: dwóch lekarzy – Członków Izby
- w przypadku pracowników Izby: pracowników lub lekarzy – Członków Izby
- w ciągu 14 dni po zakończeniu szkolenia konieczne jest złożenie zaświadczenia dokumentującego jego odbycie oraz poniesiony koszt

Załączniki do wniosku:

1. Zaświadczenie o niezaleganiu ze składkami na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.
2. Dokument, z którego wynika wysokość kosztu kształcenia.
3. PIT Wnioskodawcy za rok poprzedzający wniosek.
4. W przypadku pracowników Izby: opinia Dyrektora Biura Izby.

Opinia Dyrektora Biura Izby : pozytywna

negatywna

Uzasadnienie:

.....

.....

data

podpis:

***Stanowisko Rady Funduszu Samopomocy::**

pozytywne

uzupełnić wniosek o

negatywne

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

data

podpisy:

.....

.....