

Komisja ds. zwolnień lekarzy z obowiązku opłacania składki członkowskiej

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza
ul. Puławska 18, 02-512 Warszawa

WNIOSEK o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej		
IMIĘ		
NAZWISKO		
NUMER PWZ		
DANE KONTAKTOWE	telefon:	
	e-mail:	
POWÓD UBIEGANIA SIĘ O ZWOLNIENIE (właściwe zakreśl „X”)	☐ trudna sytuacja życiowa i socjalna lekarza; ☐ możliwości majątkowe i zarobkowe lekarza; ☐ stan zdrowia lekarza, albo stan zdrowia członka najbliższej rodziny nad którym lekarz sprawuje bezpośrednią opiekę; ☐ urodzenie lub przysposobienie dziecka; ☐ inne.	
WNIOSKOWANY WYMIAR ZWOLNIENIA Z OPŁACANIA SKŁADKI	☐ zwolnienie w wysokości połowy podstawowego wymiaru składki; ☐ zwolnienie z całości podstawowego wymiaru składki	
WNIOSKOWANY OKRES ZWOLNIENIA Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI	od:	do:
UZASADNIENIE		
ZAŁĄCZNIKI OBOWIĄZKOWE: 1) zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o wysokości wszystkich dochodów uzyskanych w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej; lub 2) zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o dochodzie członka rodziny podlegającym opodatkowaniu podatkiem dochodowym osób fizycznych na zasadach określonych art. 27, 30b, 30c, 30e i 30f ustawy z dn. 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, uzyskanych w roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy – <u>w przypadku, gdy powodem zwolnienia ze składki jest stan zdrowia członka najbliższej rodziny, nad którym lekarz sprawuje opiekę;</u> lub		

3) odpis skrócony lub pełny aktu urodzenia dziecka lub orzeczenie sądu opiekuńczego w sprawie przysposobienia ze stwierdzeniem prawomocności i zgody Wnioskodawcy na kontakt ze strony pracowania Zespołu ds. Rejestru i PWZ w celu aktualizacji danych w Okręgowym Rejestrze Lekarzy – w przypadku gdy powodem zwolnienia ze składki jest urodzenie lub przysposobienie dziecka.	
Inne załączniki: <i>(należy wskazać i załączyć wszelkie dokumenty potwierdzające powód ubiegania się o zwolnienie, który został odznaczony symbolem „X”).</i>	1) 2) 3)

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

- wszelkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe;
- w przypadku zwolnienia mnie z obowiązku opłacania składki członkowskiej, zobowiązuję się od następnego miesiąca po okresie zwolnienia do opłacania składki członkowskiej w pełnej wysokości

.....

(data i podpis składającego wniosek)

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) [dalej „RODO”] informuje się co następuje:

Dane Administratora Danych Osobowych [dalej ADO]	Nazwa ADO: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie ul. Puławska 18 Kod pocztowy – 02-512, Miejscowość: Warszawa
Dane kontaktowe Administratora Danych Osobowych	Adres korespondencyjny ADO: ul. Puławska 18 Kod pocztowy – 02-512, Miejscowość: Warszawa e-mail: biuro@oilwaw.org.pl ; tel.: (22) 54 28 348
Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych [dalej IOD]	Adres korespondencyjny IOD: ul. Puławska 18 Kod pocztowy – 02-512, Miejscowość: Warszawa e-mail: iod@oilwaw.org.pl ; tel.: (22) 54 28 337 Z IOD można się kontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
Cel przetwarzania danych osobowych	Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie udzielenia zwolnienia z obowiązku płacenia składki członkowskiej
Podstawa prawna przetwarzania	Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest: - art. 6 ust. 1 lit. a) RODO - osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów. - art. 9 ust. 2 lit. a) RODO – osoba której dane dotyczą, wyraziła wyraźną zgodę na przetwarzanie danych osobowych w jednym lub kilku konkretnych celach.
Informacja o dobrowolności podania danych osobowych.	Obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem określonym w uchwale Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z dnia 25 stycznia 2023 rok. Konsekwencją niepodania określonych danych jest odmowa przyjęcia wniosku lub jego negatywne rozpatrzenie.
Odbiorcy danych. Udostępnianie danych. Powierzenie przetwarzania danych.	Odbiorcy danych: Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty którym ADO zleca wykonywanie czynności, z którymi wiąże się konieczność przetwarzania danych, w szczególności członkowie Komisji ds. zwolnień lekarzy z obowiązku płacenia składki, obsługa administracyjna, obsługa prawna lub doradcza, dostawcy usług teleinformatycznych i sprzętu technicznego. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być również podmioty i organy uprawnione do otrzymania Pani/Pana danych - tylko w uzasadnionych przypadkach i na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Kategorie podmiotów przetwarzających: Zewnętrzny podmiot usług IT. Zewnętrzny hostingodawca. Podmiot dostarczający narzędzia i urządzenia komunikacji elektronicznej.
Okres przechowywania danych.	ADO przechowuje protokół z posiedzenia Komisji ds. zwolnień lekarzy z obowiązku płacenia składki członkowskiej wraz z wnioskami i załącznikami przez okres 5 lat od dnia wydania decyzji
Prawa osoby, której dane dotyczą.	Ma Pani/Pan prawo do: - żądania od ADO dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących, - żądania od ADO sprostowania danych osobowych Pani/Pana dotyczących. - żądania od ADO usunięcia danych osobowych Pani/Pana dotyczących, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa, - żądania od ADO ograniczenia przetwarzania danych osobowych Pani/Pana dotyczących. Zakres każdego z tych praw oraz sytuacje, w których można z nich skorzystać, wynikają z przepisów RODO. Z powyższych praw może Pan/Pani skorzystać składając wniosek u ADO Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

- ☐ Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a) oraz art. 9 ust.2 lit a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu złożenia wniosku o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej.
- ☐ Oświadczam, że moje dane teled adresowe zawarte w Okręgowym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Warszawie są aktualne.
- Aktualizacja danych poprzez wypełnienie **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCEGO AKTUALIZACJI DANYCH KONTAKTOWYCH w wersji elektronicznej wniosku - hiperłącze:** https://izba-lekarska.pl/wp-content/uploads/2018/10/2018_Za%C5%82-Nr-3_aktualizacja-danych-kontaktowych.pdf

.....

(data i podpis składającego wniosek)