Gorzów Wlkp.,.....................................

imię i nazwisko lekarza

lub lekarza dentysty

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

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

adres zamieszkania

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

numer prawa wykonywania zawodu

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

urząd skarbowy

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

**Wniosek o wypłatę zapomogi z tytułu urodzenia dziecka w rodzinie lekarskiej**

Proszę o wypłatę zapomogi z tytułu urodzenia mojego syna/ córki :

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

 Imię i nazwisko dziecka

urodzonego w dniu .................................… w wysokości 1 000,00 złotych

(słownie: jeden tysiąc złotych).

Oświadczam, że wychowuję dziecko i jest ono na moim utrzymaniu.

Akt urodzenia dziecka nr…………............ (do wglądu w biurze Izby ).

Zapomogę z tytułu urodzenia dziecka odbiorę w kasie OIL .....................................

lub

przelewem na konto: ..................................................................................................

………………………………….

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie objętym wnioskiem w celu uzyskania zapomogi i dokonania niezbędnych rozliczeń księgowych i podatkowych.

 ………………………………

 Podpis

Jednocześnie OIL w Gorzowie Wlkp. informuje, że kwota wypłaconej zapomogi ujęta zostanie na druku PIT-8C, wystawionym po zakończeniu roku kalendarzowego, w którym nastąpiła wypłata (do ostatniego lutego roku następnego), dla osoby będącej beneficjentem ww zapomogi.