

REGULAMIN dofinansowania szczepień członków KPOiL w Toruniu i ich bliskich

§ 1.

Dofinansowanie szczepień dotyczy:

- 1) członków KPOiL,
- 2) zstępnych (dzieci) i wstępnych (rodziców) członków KPOiL zamieszkujących z nimi we wspólnym gospodarstwie domowym.

§ 2.

O dofinansowanie mogą ubiegać się lekarze i lekarze dentyści, którzy:

- 1) w momencie składania wniosku są członkami KPOiL w Toruniu od przynajmniej 6 miesięcy,
- 2) w momencie składania wniosku nie posiadają zaległości w opłaceniu składki członkowskiej na rzecz samorządu lekarskiego,
- 3) nie mają zawieszonoego lub odebranego prawa wykonywania zawodu,
- 4) nie są karani dyscyplinarnie przez Sąd Lekarski.

§ 3.

Dofinansowanie przyznaje się:

- 1) dla szczepień zalecanych,
- 2) w kwocie do 300 zł (słownie: trzysta złotych 00/100) dla wnioskującego członka KPOiL,
- 3) do wykorzystania rocznego limitu ustalonego przez Okręgową Radę Lekarską,
- 4) do 2 miesięcy od daty szczepienia,
- 5) raz na rok kalendarzowy na jednego lekarza, lekarza dentystę,
- 6) z pierwszeństwem dla osób, które w poprzednich 3 latach nie otrzymały dofinansowania,

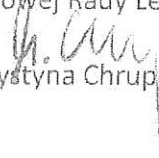
- 7) po wypełnieniu wniosku zamieszonego na stronie KPOIL i dołączeniu do niego kopii faktury imiennej (paragon jest niewystarczający),
- 8) zgodnie z kolejnością zgłoszeń (decyduje data złożenia wniosku).


§ 4.

Z tytułu uzyskanego z KPOIL dofinansowania wnioskujący otrzyma informację podatkową o wysokości otrzymanego dochodu w postaci PIT, który zostanie przesłany na podany we wniosku adres e-mail.

§ 5.

Wnioskujący o dofinansowanie członek KPOIL ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za podanie w składanym wniosku informacji niezgodnych ze stanem faktycznym (poświadczenie nieprawdy).

Sekretarz
Okręgowej Rady Lekarskiej

Krystyna Chrupczak

Prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej

Wojciech Kaatz

Toruń, 2023 r.

lek./ lek. dent.

nr PWZ

specjalizacja

zatrudniony w

adres zam.

tel.

e-mail

bank i nr konta

.....

urząd skarbowy podatnika

.....

**Kujawsko-Pomorska Okręgowa
Izba Lekarska w Toruniu**

**WNIOSEK
o dofinansowanie szczepienia**

Niniejszym wnoszę o dofinansowanie w kwocie zł szczepienia
wykonanego na rzecz (Imię i nazwisko, określić
pokrewieństwo) przez w dniu 2023 r.

Oświadczam, że spełniam wszystkie wymogi określone w § 1 i 2 regulaminu dofinansowania.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem dofinansowania, w pełni akceptuję
wszystkie jego postanowienia oraz, że wszystkie podane powyżej informacje są zgodne
z prawdą.

(czytelny podpis)

Uwagi dodatkowe:

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