Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu
ul. Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław

Załącznik nr 2 do Regulaminu dofinansowania kosztów w ramach Programu „Szczepienia profilaktyczne dla lekarzy i lekarzy dentystów członków DIL”

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE
kosztów w ramach Programu
„Szczepienia profilaktyczne dla
lekarzy i lekarzy dentystów członków DIL”

Imię i nazwisko lekarza i lekarza dentysty Numer PWZ

.....

Aktualny adres zamieszkania/województwo /powiat /gmina

.....T

elefon E-mail

.....

Specjalizacja Urząd Skarbowy

.....

Nazwa banku i nr rachunku bankowego

.....

Nazwa preparatu Data szczepienia Koszt szczepienia

.....

.....

.....

Koszt łączny: .....

Oświadczam, że zostałam/em zaszczepiona/y wskazanymi powyżej szczepionkami.

Oświadczam, że zostałem poinformowany/a, że w przypadku otrzymania dofinansowania kosztów w ramach Programu „Szczepienia Profilaktyczne dla lekarzy i lekarzy dentystów członków DIL” otrzymam dokument PIT-11, który zostanie przesłany na podany we wniosku adres e-mail lub zamieszkania.

Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu
ul. Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z otrzymaniem dofinansowania zwrotu kosztów z tytułu realizacji i uczestnictwa w Programie „Szczepienia Profilaktyczne dla lekarzy i lekarzy dentystów członków DIL".

Oświadczam, że zostałem/m poinformowany/a, że administratorem danych osobowych jest dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu.

Oświadczam, że zostałem/m poinformowany/a, że dane osobowe przetwarzane będą w celu otrzymania dofinansowania zwrotu kosztów w ramach Programu „Szczepienia Profilaktyczne dla lekarzy i lekarzy dentystów członków DIL" oraz, że mam prawo dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak brak wyrażenia zgody na ich przetwarzanie jest równoznaczne z wycofaniem wniosku o dofinansowanie zwrot kosztów.

.....
data podpis

Załączniki:

1/ faktura VAT