**W N I O S E K**

 **O D O F I N A N SO W A N I E K U R S Ó W L U B S T A Ż Y**

 **O B O W I Ą Z K O W Y C H W R A M A C H S P E C J A L I Z A C J I**

1.Nazwisko i imię………………………………………………………………………………………….

2.Dziedzina specjalizacji ………………………………………………………………………………

3.Data rozpoczęcia specjalizacji ……………………………………………………………………

4.Kierownik specjalizacji ………………………………………………………………………………

5.Nr konta ……………………………………………………………………………………………………

6.Pesel …………………………………………………………………………………………………………

7.Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………..

8.Adres zameldowania……………………………………………………………………………………..

9.Urząd Skarbowy ………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że wywiązuję się na bieżąco z obowiązku opłacania składek na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze.

 Zgodnie z art.24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2016 r.poz.922 ) informujemy, że:

1.Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze ul. Batorego 71 65-735 Zielona Góra.

2.Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznawania świadczeń socjalnych, nie będą udostępniane innym podmiotom

3.Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

W załączeniu:

1.Dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji

2.Certyfikat potwierdzający odbycie kursu.

3.Potwierdzenie.że kurs jest obowiązkowy

4.Faktura za noclegi.

Oświadczam, że wywiązuję się na bieżąco z obowiązku opłacania składek na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze.

 ……………………………………………..

 Podpis i pieczątka lekarza