

Wniosek o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej w całości lub w części	
1. Data złożenia wniosku (wypełnia pracownik biura)	(wypełnia pracownik biura)
2. Imię	
3. Nazwisko	
4. Numer PWZ	
5. Dane kontaktowe	Telefon:
	e-mail:
6. Powód ubiegania się o zwolnienie ze składki z określeniem wartości zwolnienia, podstawy prawnej i <b>wymaganych załączników</b> , jeśli zostały wskazane:  (Proszę zaznaczyć właściwe i jeśli to konieczne- określić datę.)	
<p><input type="checkbox"/> 1) nie osiągam przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, wnioskuję o 100% zwolnienia z opłacania składki członkowskiej od kolejnego pełnego miesiąca od daty utraty źródła przychodów, na czas niezyskiwania przychodu tj. do (proszę określić szacowaną datę) ....., na podstawie: §3 ust. 1 pkt. 3 Uchwały Nr 27/14/VII NIL z dnia 5 września 2014r. z późn. zm.. Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Izbę Lekarską w przypadku ponownego uzyskania przychodu, na druku stanowiącym załącznik nr 2 do uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII. <b>Załączam oświadczenie o nieosiąganiu przychodów na formularzu stanowiącym załącznik nr 1 do uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII;</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2) jestem zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna, i pobieram zasiłek dla bezrobotnych. Wnioskuję o 100% zwolnienia z opłacania składki członkowskiej od daty złożenia oświadczenia na okres pozostawania osobą bezrobotną tj. do (proszę określić szacowaną datę)....., na podstawie § 2 ust. 1 pkt. 1 załącznika nr 1 do uchwały nr 96/2023/IX ORL w Szczecinie. Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Izbę Lekarską w przypadku ponownego uzyskania przychodu, na druku stanowiącym Załącznik nr 2 do uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII. <b>Załączam dokument poświadczający rejestrację w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna;</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3) jestem niezdolny do samodzielnej egzystencji, wnioskuję o 100% zwolnienia z opłacania składki członkowskiej od daty złożenia oświadczenia, do dnia..... na podstawie § 2 ust. 1 pkt. 1 załącznika nr 1 do uchwały nr 96/2023/IX ORL w Szczecinie. Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Izbę Lekarską w przypadku poprawy mojej sytuacji materialnej. <b>Załączam dokumentację z opieki społecznej;</b></p> <p><input type="checkbox"/> 4) wszczęto postępowanie sądowe w przedmiocie ubezwłasnowolnienia, wnioskuję o 100% zwolnienia z opłacania składki członkowskiej od daty złożenia oświadczenia do dnia ....., na podstawie § 2 ust. 1 pkt. 1 załącznika nr 1 do uchwały nr 96/2023/IX ORL w Szczecinie. <b>Załączam posiadaną dokumentację sądową;</b></p>	

5) mój stan zdrowia powoduje niezdolność do pracy przez okres wynoszący co najmniej cztery tygodnie lub wielokrotność czterech tygodni. Posiadam zwolnienie lekarskie lub świadczenie rehabilitacyjne. Wniosuję o 50% zwolnienie z opłacania składki członkowskiej od daty złożenia oświadczenia na okres wynikający ze zwolnienia lekarskiego lub innych wskazanych wyżej dokumentów na podstawie § 2 ust. 3 pkt. 1 załącznika nr 1 do uchwały nr 96/2023/IX ORL w Szczecinie. Jestem świadomy konieczności złożenia ponownego wniosku, w przypadku przedłużenia zaświadczenia lekarskiego.

**Załączam formularz ZUS-ZLA lub kopię decyzji o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego bądź równorzędny dokument zagraniczny wraz z tłumaczeniem;**

6) przebywam na urlopie macierzyńskim, urodziłam ..... dziecko/dzieci, wniosuję o 50% zwolnienia z opłacania składki członkowskiej od daty złożenia oświadczenia na pozostały czas trwania urlopu macierzyńskiego, którego długość wynika z zapisów art. 180 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy z późn. zm., wniosek składam na podstawie § 2 ust. 2 pkt. 3 załącznika nr 1 do uchwały nr 96/2023/IX ORL w Szczecinie.

**Załączam kopię aktu urodzenia dziecka/dzieci lub zaświadczenie z informacją o terminie przebywania na urlopie macierzyńskim**

\*W przypadku adopcji zapisy stosowane są odpowiednio.

7) wniosuję na podstawie § 3 ust. 3 pkt. 1 załącznika nr 1 do uchwały nr 96/2023/IX ORL w Szczecinie wskazuje inną szczególną okoliczność (jaką?) .....

wnoszę o:

50% zwolnienia ze składki na okres od dnia złożenia wniosku, do dnia .....

100% zwolnienia ze składki na okres od dnia złożenia wniosku, do dnia.....

**Załączam:.....**

\*W przypadku punktów 2-7 w szczególnych okolicznościach możliwe jest zwolnienie z mocą wsteczną, które jest możliwe wyłącznie w przypadku istnienia przyczyny realnie uniemożliwiającej terminowe złożenie wniosku (taką jak np. hospitalizacja w oddziale całodobowym, **nie zaś polegającej np. na nieświadomości istniejącego uprawnienia, lub świadomym odkładaniu złożenia wniosku w czasie**) i jest możliwe w okresie 14 dni od ustania przyczyny uchybienia.

W przypadku uznania przyczyny uchybienia za nieuzasadnioną, wniosek zostanie rozpatrzony z datą jego złożenia lub odrzucony w całości. Stosowne oświadczenie można złożyć w ust. 8 niniejszego wniosku.

## 7. Dodatkowe uzasadnienie wniosku (nieobowiązkowe)

## 8. Wniosek o rozpatrzenie z mocą wsteczną

Składałem wniosek w oparciu o ust. 6 pkt. 3-8 i na podstawie § 2 ust. 8 pkt. 1 załącznika nr 1 do uchwały nr 96/2023/IX ORL w Szczecinie wniosuję o podjęcie uchwały o zwolnieniu z obowiązku opłacania składki członkowskiej z mocą wsteczną od dnia .....

Oświadczam, że uchybienie nastąpiło bez mojej winy, a niniejszy wniosek jest składany w terminie 14 dni od ustania przyczyny uchybienia.

NIE DOTYCZY

**Uzasadnienie (obowiązkowe):**

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

**9. Wniosek o rozliczenie nadpłaconych składek**

Wnioskuje, aby nadpłacone składki:

- Zostały zaliczone na poczet przyszłych należności.
- Zostały zwrócone na wskazany numer rachunku bankowego:

NR KONTA:.....

- NIE DOTYCZY

**10. Do wniosku załączono następujące dokumenty ich kopie bądź skany:**

- załącznik nr 1 do uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII (ust. 6 pkt 1);
- dokument poświadczający rejestrację w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna (ust. 6 pkt 2);
- dokumentację z opieki społecznej (ust. 6 pkt 3);
- wyrok Sądu lub dokumentację sądową dokumentującą postępowanie w przedmiocie ubezwłasnowolnienia (ust. 6 pkt 4);
- formularz ZUS-ZLA lub decyzję o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego, bądź równoznaczny dokument zagraniczny wraz z tłumaczeniem (ust. 6 pkt 5);
- kopię aktu urodzenia dziecka/dzieci lub zaświadczenie z informacją o terminie przebywania na urlopie macierzyńskim (ust. 6 pkt 6);
- .....
- .....
- .....

łącznie ..... stron załączników.

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że:

- wszelkie dane podane w niniejszym wniosku są prawdziwe;
- w przypadku zwolnienia mnie z obowiązku opłacania składki członkowskiej w całości lub w części, zobowiązuje się od następnego miesiąca po okresie zwolnienia do opłacania składki członkowskiej w pełnej wysokości
- w sytuacji zwolnienia mnie z obowiązku ponoszenia składki członkowskiej w pełnej wysokości, we wskazanym okresie nie będę osiągać przychodów z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych.
- w sytuacji zwolnienia mnie z obowiązku ponoszenia składki członkowskiej w pełnej wysokości, w przypadku osiągnięcia przychodów z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych, zobowiązuje się złożyć zawiadomienie o osiągnięciu przychodów najpóźniej do 1-go dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osiągnę w/w przychód.

.....

(data i podpis Wnioskodawcy lub jego pełnomocnika)

11. Potwierdzam przyjęcie kompletnego wniosku oraz .....  
ponumerowanych stron załączników.

Data, czytelny podpis pracownika biura

miejsowość, data

.....

.....

imię i nazwisko

.....

numer prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty

OKRĘGOWA RADA LEKARSKA

W .....

### **OŚWIADCZENIE O NIEOSIĄGANIU PRZYCHODÓW**

Na podstawie § 3 ust. 1 pkt. 3 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oświadczam, że nie osiągam przychodów z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych.

Oświadczenie jest składane w celu uzyskania zwolnienia od składki członkowskiej.

W przypadku osiągnięcia przychodów z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty lub ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych zobowiązuję się niezwłocznie złożyć oświadczenie o osiągnięciu przychodów.

Podpis

.....

miejsowość, data

.....

.....

imię i nazwisko

.....

numer prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty

OKRĘGOWA RADA LEKARSKA

W .....

### **ZAWIADOMIENIE O OSIĄGANIU PRZYCHODÓW**

Na podstawie § 3 ust. 5 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej informuję, że osiągam przychód z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty lub ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych.

Podpis

.....