



# WOJSKOWA IZBA LEKARSKA

ul. Koszykowa 78, 00-909 Warszawa  
NIP 113-19-36-487, REGON 006231150

tel. (0 22) 621-12-11, 261/845-675, 261/845-653, fax. 261/845-580  
www.wil.oil.org.pl, e-mail: wojsko@hipokrates.org  
Konto: PKO BP S.A. IX O/Warszawa Nr 50 1020 1097 0000 7802 0001 6741

## UCHWAŁA Nr ~~1026~~<sup>1026</sup>/19/VIII

### Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 07 czerwca 2019 r.

**w sprawie częściowego zwrotu kosztów pobytu i leczenia w sanatoriach, uzdrowiskach oraz zakładach rehabilitacyjnych lekarzy i lekarzy dentystów – seniorów, członków Wojskowej Izby Lekarskiej.**

Na podstawie art. 5 pkt 19, art. 25 pkt. 4 i 10 i art. 114 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (tj. Dz. U. z 2018 roku poz. 168) oraz § 1 ust. 2 pkt. 3 lit. a, Uchwały Nr 13/18/VIII XXXVI Sprawozdawczo – Wyborczego Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 17 marca 2018 r. w sprawie udzielania pomocy finansowej przez Wojskową Izbę Lekarską – uchwała się, co następuje:

#### § 1

1. Rada Lekarska Wojskowej Izby Lekarskiej – zwanej dalej „WIL” postanawia – w ramach udzielania pomocy materialnej swoim członkom – seniorom, dokonywać częściowego zwrotu kosztów ich pobytu i leczenia w sanatoriach, uzdrowiskach i zakładach rehabilitacyjnych.
2. Częściowy zwrot kosztów, o którym mowa w ust. 1, przysługuje lekarzom i lekarzom dentystom – zwanych dalej „lekarzami” – członkom WIL, którzy:
  - 1/ ukończyli 70 lat życia;
  - 2/ nie osiągają przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz z innych źródeł, z wyjątkiem emerytury lub renty;
  - 3/ złożą oświadczenie, że nie korzystali z dofinansowania z innych źródeł kosztów pobytu w sanatorium, uzdrowisku lub zakładzie rehabilitacyjnym.

#### § 2

1. Rada Lekarska WIL podejmuje decyzję w formie uchwały w sprawie częściowego zwrotu kosztów, o których mowa w § 1, na podstawie wniosku zainteresowanego lekarza, skierowanego do Biura WIL.  
Wzór wniosku określa załącznik nr 1 do uchwały.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, przedstawia na posiedzeniu Rady Lekarskiej WIL (lub jej Prezydium) Przewodniczący Komisji ds. Emerytów i Rencistów lub Skarbnik. Wniosek jest rozpatrywany podczas najbliższego posiedzenia Rady Lekarskiej WIL (Prezydium).

**§ 3**

Częściowy zwrot kosztów, o których mowa w § 1, przyznaje się raz na dwa lata kalendarzowe w wysokości 610, - zł. na podstawie rachunku lub faktury za jeden pobyt nie dłuższy niż 21 dni kalendarzowych. Ww. kwota podlega podatkowi dochodowemu od osób fizycznych i rozliczaniu w PIT rocznym po otrzymaniu z WIL informacji PIT-11. (Oświadczenie załącznik nr 2 do uchwały)

**§ 4**

Przyznane dofinansowanie przekazane zostanie przelewem na rachunek bankowy wskazany we wniosku w terminie do 14 dniu po posiedzeniu Rady Lekarskiej lub jej Prezydium.

**§ 5**

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

**SEKRETARZ  
RADY LEKARSKIEJ WIL**

  
płk rez. dr n. med. Piotr JAMROZIK



**PREZES  
RADY LEKARSKIEJ WIL**

ppłk rez. lek. Artur PŁACHTA  


**WNIOSEK**  
**o przyznanie częściowego zwrotu kosztów pobytu i leczenia w sanatoriach,  
uzdrowiskach oraz zakładach rehabilitacyjnych.**

1. Proszę o przyznanie częściowego zwrotu kosztów pobytu w sanatorium,  
uzdrowisku lub zakładzie rehabilitacyjnym\* niepotrzebne skreślić

W .....

2. W terminie.....

3. Przyznany częściowy zwrot kosztów należy przekazać na rachunek bankowy  
nr:

.....

4. Oświadczam, że nie korzystałem z dofinansowania ww. pobytu i leczenia w  
sanatoriach, uzdrowiskach oraz zakładach rehabilitacyjnych z innych źródeł.

.....

(data i podpis)

5. Do wniosku dołączam załączniki (faktury, rachunki inne dowody zapłaty oraz  
oświadczenie do urzędu skarbowego):

.....



**OŚWIADCZENIE**  
**O AKTUALNYCH DANYCH DO URZĘDU SKARBOWEGO**  
/wypełnić drukowanymi literami/

1. Imię i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Obywatelstwo .....
4. Numer PESEL .....

5 Adres zamieszkania lub zameldowania: /adres musi być zgodny z adresem siedziby Urzędu Skarbowego lekarza składającego oświadczenie/

Ulica.....Nr. domu..... Nr. mieszkania.....  
Miejscowość.....Kod pocztowy..... Poczta.....  
Województwo..... Powiat.....  
Gmina.....

6. Adres zamieszkania, na który należy wysłać PIT /wypełnić, jeżeli jest inne niż wyżej/

Ulica.....Nr. domu.....Nr. mieszkania.....  
Miejscowość..... Kod pocztowy.....Poczta.....  
Województwo.....Powiat.....  
Gmina.....

7. Urząd Skarbowy.....

Kod pocztowy.....Miejscowość.....

Ulica.....Nr. domu.....

Nr konta bankowego: .....

.....  
/data/

.....  
/podpis/