

.....
/miejsowość, data/

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Urząd Skarbowy:

Nr telefonu: e-mail:

**Komisja Socjalna
Wojskowej Izby Lekarskiej
w Warszawie**

**WNIOSEK
O WYPŁATĘ ZAPOMOGI POŚMIERTNEJ**

Zwracam się z prośbą o przyznanie zapomogi pośmiertnej po zmarłym lekarzu/lekarce*

.....
/imię, nazwisko i numer PWZ zmarłego członka WIL w Warszawie/

- Oświadczam, że zmarły*/zmarła* był(a) moim:
/wpisać stopień pokrewieństwa/
- Oświadczam, że jestem jedynym(a)*/nie jedynym(a)* uprawnionym(a) do zapomogi pośmiertnej po zmarłym*/zmarłej*.
- Oświadczam, że do odbioru odprawy pośmiertnej zostałem*/zostałam* jednomyślnie wskazany*/wskazana* przez pozostałych uprawnionych.
- Oświadczam, że powyższe dane złożyłem*/złożyłam* zgodnie z prawdą.
- Kwotę przyznanej odprawy pośmiertnej proszę przekazać na rachunek bankowy o numerze:

Do wniosku załączam:
– kserokopii aktu zgonu

.....
/podpis wnioskodawcy/

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji niniejszego świadczenia (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

.....
/podpis wnioskodawcy/

* niepotrzebne skreślić