

.....  
(miejsowość)

(data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(numer Prawa Wykonywania Zawodu)

Lubelska Izba Lekarska

## **WNIOSEK**

### **o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej na czas nieokreślony**

Zgodnie z §4 uchwały Nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 roku, w sprawie wysokości składki członkowskiej proszę o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej na czas nieokreślony i oświadczam, że zaprzestałem wykonywania zawodu na czas nieokreślony.

Jednocześnie oświadczam, że spełniam wszystkie wymienione w §4 wspomnianej uchwały wymogi uprawniające mnie do wnioskowania o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej na czas nieokreślony.

**Do wniosku załączam:**

1. Decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub właściwego organu emerytalnego służb mundurowych o przyznaniu emerytury lub renty,
2. Oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na terenie RP na czas nieokreślony.

.....  
(podpis)