

.....
(miejscowość)

(data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(numer Prawa Wykonywania Zawodu)

Lubelska Izba Lekarska

WNIOSEK

o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej na czas określony

Zgodnie z §3 uchwały Nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej proszę o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej w okresie od do

Oświadczam, że w okresie zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej nie osiągam przychodu.

Jednocześnie oświadczam, że spełniam wszystkie wymienione w §3 wspomnianej uchwały wymogi uprawniające mnie do wnioskowania o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej na czas określony i zobowiązuję się do opłacania składek członkowskich od następnego miesiąca, w którym osiągnę przychód.

*** Do wniosku załączam:**

1. Zaświadczenie o okresie zarejestrowania w rejestrze bezrobotnych powiatowego urzędu pracy,
2. Kserokopię zeznania o wysokości dochodu uzyskanego w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku,
3. Zaświadczenie o udzielonym bezpłatnym urlopie wychowawczym,
4. Inne dokumenty.

* niepotrzebne skreślić

.....