

.....  
(miejsowość)

(data)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres do korespondencji)

.....  
(adres e-mail, tel. kont.)

.....  
(numer Prawa Wykonywania Zawodu)

Lubelska Izba Lekarska

## **WNIOSEK**

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

Zgodnie z §3 uchwały Nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej proszę o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej w okresie od ..... do .....

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 **nie osiągam przychodów** z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatki dochodowym od osób fizycznych (z wyłączeniem renty lub emerytury).

.....  
(czytelny podpis)

#### Pouczenie :

1. W przypadku złożenia oświadczenia o braku przychodów niezgodnie z prawdą lub niedostarczenia w przypadku żądania przez Okręgową Izbę Lekarską dokumentów podatkowych, Okręgowa Rada Lekarska podejmuje uchwałę stwierdzającą brak podstaw do zwolnienia w okresie, o który wnioskował lekarz i wzywa lekarza do zapłaty zaległych składek.
  2. Zwolnienie przysługuje lekarzowi jedynie na okres nie osiągnięcia przychodów. Lekarz traci prawo do zwolnienia z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym osiągnie przychód.
- O zaistniałym zdarzeniu (osiąganiu przychodów) lekarz ma obowiązek niezwłocznie powiadomić Okręgową Izbę Lekarską.**