

**WNIOSEK O SFINANSOWANIE CZĘŚCI OPŁACONEJ KWOTY
ZA SZCZEPIONIA CZŁONKOM LIL W ROKU 2023**

Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentystry

Numer PWZ

PESEL

.....

Aktualny adres zamieszkania/województwo/powiat/gmina

.....

.....

Telefon: E-mail:.....

Właściwy Urząd Skarbowy.....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

Informacje o szczepieniach i poniesionych kosztach:

1. Imię i nazwisko osoby zaszczepionej:
Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą:
Data urodzenia (dotyczy osób do lat 18)r.
Data szczepienia - - 2023 r.
Nazwa szczepionki:
Koszt szczepionki: _____, _____ zł
2. Imię i nazwisko osoby zaszczepionej:
Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą:
Data urodzenia (dotyczy osób do lat 18)r.
Data szczepienia - - 2023 r.
Nazwa szczepionki:
Koszt szczepionki: _____, _____ zł
3. Imię i nazwisko osoby zaszczepionej:
Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą:
Data urodzenia (dotyczy osób do lat 18)r.
Data szczepienia - - 2023 r.
Nazwa szczepionki:
Koszt szczepionki: _____, _____ zł
4. Imię i nazwisko osoby zaszczepionej:
Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą:
Data urodzenia (dotyczy osób do lat 18)r.
Data szczepienia - - 2023 r.
Nazwa szczepionki:
Koszt szczepionki: _____, _____ zł

Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku są prawdziwe.
- na dzień złożenia wniosku nie zalegam ze składkami na rzecz LIL.
- zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku otrzymania refundacji otrzymam dokument PIT-11
- w przypadku wątpliwości zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających stopień pokrewieństwa z osobami wymienionymi we wniosku.
- **otrzymałam/em z LIL zwrot kosztów szczepień za rok 2023 w kwocie _____ zł (podanie kwoty jest wymagane!)**
- zapoznałam/em się z regulaminem zespołu ds. szczepień dotyczącym składania oraz rozpatrywania wniosków o sfinansowanie części opłaconej kwoty za szczepienia członkom LIL w roku 2023.
- **Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku i załącznikach w celu uzyskania dofinansowania do szczepienia** i zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi zasad przetwarzania danych osobowych.

.....
(data, czytelny podpis i pieczętka)

Załączniki:

1. Dokument finansowy potwierdzający poniesione koszty szczepienia

2.....

Decyzja Zespołu

Przyznano zwrot w wysokości.....zł.

Nie przyznano dofinansowania.

* Klauzula informacyjna na temat zasad przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO) uprzejmie informujemy, że:

1. **Administratorem** Państwa danych osobowych jest Lubelska Izba Lekarska – ul. Chmielna 4, 20-079 Lublin, tel. 81 536 04 50.
2. **Podstawą prawną** przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO, tj. dobrowolna zgoda, która może zostać wycofana w dowolnym czasie do momentu rozpatrzenia wniosku i wypłaty świadczenia. Po wypłacie świadczenia podstawą przetwarzania będzie realizacja obowiązków prawno-podatkowych ciążyących na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c). Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do wypłaty wnioskowanego świadczenia.
3. Powyższe dane osobowe **będą przechowywane** przez okres przewidziany przepisami prawa podatkowego, tj. przez 5 lat od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpiła wypłata świadczenia.
4. W związku z przetwarzaniem danych **przysługuje Państwu prawo** dostępu do treści podanych danych osobowych, prawo do ich aktualizowania, sprostowania lub usunięcia, a także prawo do: ograniczenia przetwarzania danych, sprzeciwu wobec przetwarzania oraz uzyskania kopii danych podlegających przetwarzaniu (w zakresie, w jakim przewiduje to RODO).
5. **Odbiorcami danych** osobowych będą odpowiednie organy władzy publicznej, w tym podatkowe; mogą być nimi także dostawcy usług zewnętrznych, np. informatycznych, prawniczych, pocztowych, itp.
6. Lubelska Izba Lekarska dokłada wszelkich starań, aby dane osobowe były prawidłowo chronione oraz zabezpieczone przed nieuprawnionym dostępem ze strony osób trzecich. Jeśli jednak uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza Państwa prawa wynikające z RODO, przysługuje Państwu **prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego** – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. W razie wątpliwości lub woli skorzystania z powyżej wskazanych uprawnień mogą Państwo kontaktować się z naszym **Inspektorem Ochrony Danych Osobowych** drogą korespondencyjną lub pod adresem poczty elektronicznej: odo@oil.lublin.pl