

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
miejscowość, data

.....
nr prawa wykonywania zawodu

.....
adres zamieszkania, nr telefonu

**WNIOSEK DO LUBELSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ
O CZĘŚCIOWY ZWROT SKŁADKI NA DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE
OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ LEKARZY**

Na podstawie uchwały Nr 119 /2020/8/R Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie z dnia 9 grudnia 2020 r. w sprawie sfinansowania, poprzez zwrot, części opłaconej składki na dobrowolne ubezpieczenie o.c. na rok 2021 lekarzy członków Lubelskiej Izby Lekarskiej nie prowadzących działalności gospodarczej

proszę o częściowy zwrot opłaconej składki na dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy.

Jednocześnie oświadczam, że:

- nie zalegam z opłacaniem składki członkowskiej na rzecz samorządu lekarskiego
- **przyjmuję do wiadomości, że otrzymane dofinansowanie jest przychodem podlegającym opodatkowaniu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych i podlega wykazaniu w rocznym zeznaniu podatkowym PIT w „pozycji przychody z innych źródeł”, zgodnie z informacją otrzymaną z Lubelskiej Izby Lekarskiej wg. PIT 8C.**
- urzędem skarbowym, któremu podlegam jest
- a w rozliczeniach z ww. urzędem posługuję się numerem PESEL
- Zwrotu proszę dokonać na rachunek bankowy nr.....

.....
podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z informacjami dotyczącymi zasad przetwarzania danych osobowych (*poniżej).

.....
podpis

*** 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.

W załączeniu:

- **polisa ubezpieczenia za 2021 r.**