

**Komisja Kształcenia Medycznego  
Lubelskiej Izby Lekarskiej  
ul. Chmielna 4, 20-079 Lublin**

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*numer prawa wykonywania zawodu*

.....  
*adres zamieszkania*

.....  
*numer telefonu kontaktowego*

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE UDZIAŁU  
W KONFERENCJACH, ZJAZDACH REGIONALNYCH I KRAJOWYCH  
TOWARZYSTWA NAUKOWEGO**

Proszę o dofinansowanie udziału w konferencji/zjeździe towarzystwa naukowego, poniesiony

koszt całkowity brutto: .....

.....  
*nazwa, siedziba organizatora*

.....  
*dane teleadresowe organizatora*

.....  
*termin i miejsce*

.....  
*tytuł konferencji/zjazdu*

**Jednocześnie oświadczam, że:**

– na dzień składania wniosku nie zalegam ze składkami członkowskimi na rzecz LIL

– **urzędem skarbowym, któremu podlegam jest** .....

– **prowadzę praktykę zawodową i do rozliczeń z urzędem skarbowym posługuję się numerem**

**NIP:** .....

\* przyjmuję do wiadomości, że otrzymane dofinansowanie jest przychodem z prowadzonej działalności w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych

– **nie prowadzę praktyki zawodowej, do rozliczeń z urzędem skarbowym posługuję się**

**numerem PESEL:** .....

\* 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-11

– **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku oraz załącznikach dla potrzeb niezbędnych do realizacji wniosku** (informacje na temat zasad przetwarzania danych osobowych na odwrocie)

**Zwrotu proszę dokonać na rachunek bankowy nr:**

.....  
.....  
data i podpis składającego wniosek

Do wniosku należy dołączyć:

- imienny dowód opłaty
- imienne zaświadczenie o ukończeniu konferencji/zjazdu

**Klauzula informacyjna na temat zasad przetwarzania danych osobowych**

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](mailto:odo@oil.lublin.pl).

Wniosek zgodny z wymogami formalnymi .....

Wniosek niezgodny z wymogami formalnymi

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Dotychczas nie korzystał/a z dofinansowania. Akceptuję złożony wniosek w pełnej kwocie i zatwierdzam do realizacji zgodnie z uchwałą Nr 88/2016/7/R, tj. w kwocie .....

Dotychczas korzystał/a z dofinansowania w kwocie ..... Akceptuję złożony wniosek i zatwierdzam do realizacji w kwocie dofinansowania pomniejszonej o przyznane dofinansowanie, tj. w kwocie .....

Nie akceptuję złożonego wniosku

1. ....

data

.....  
Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym  
podpis i pieczęć działu księgowości

2. ....

data

.....  
Sprawdzono pod względem merytorycznym  
podpis przewodniczącej komisji