

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE CZĘŚCI OPŁACONEJ KWOTY ZA PRYWATNY
TURNUS REHABILITACYJNY CZŁONKOM LIL W ROKU 2020**

Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty

.....

PESEL

.....

Zaznaczyć właściwe:

☐ Emeryt

☐ Rencista

Data przyznania świadczenia ZUS (dokument, kserokopia)

.....

Aktualny adres zamieszkania/województwo/powiat/gmina

.....

Telefon

E-mail

.....

Właściwy Urząd Skarbowy

.....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

Data odbytego turnusu

Nazwa placówki

Koszt turnusu

.....

- Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku nie zalegam ze składkami na rzecz LIL.
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku otrzymania refundacji otrzymam dokument PIT-11
- Oświadczam, że w roku 2020 otrzymałem z LIL zwrot kosztów turnusu rehabilitacyjnego w kwocie zł.

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

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku i załącznikach w celu uzyskania dofinansowania części opłaconej kwoty za prywatny turnus rehabilitacyjny.**
Oświadczam, że zapoznałem/-am się z informacjami dotyczącymi zasad przetwarzania danych osobowych.

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

Załączniki:

1. Zaświadczenie o odbytych turnusie w roku 2020
2. Oryginał dokumentu finansowego potwierdzającego poniesione koszty turnusu rehabilitacyjnego
3. Kserokopia decyzji ZUS

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