

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(numer Prawa Wykonywania Zawodu)

Okręgowa Rada Lekarska
Wielkopolska Izba Lekarska
ul. Nowowiejskiego 51
61-734 Poznań

**WNIOSEK
O ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI
CZŁONKOWSKIEJ NA CZAS NIEOKREŚLONY**

Zgodnie z Uchwałą Nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej § 4. Proszę o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej na czas nieokreślony i oświadczam, że zaprzestałem wykonywania zawodu na czas nieokreślony.

Jednocześnie oświadczam, że spełniam wszystkie wymienione we wspomnianej uchwale wymogi uprawniające mnie do wnioskowania o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej na czas nieokreślony.

Do wniosku załączam:

1. Decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub właściwego organu emerytalnego służb mundurowych o przyznaniu emerytury lub renty.

.....
(podpis)