

.....  
(miejsowość)

.....  
(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 OKREŚLONY

Zgodnie z Uchwałą Nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej § 3. Proszę o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej w okresie od ..... do ..... i oświadczam, że w tym okresie nie przewiduje osiągnięcia przychodu.

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

Do wniosku załączam:

1. Zaświadczenie o okresie zarejestrowania w rejestrze bezrobotnych powiatowego urzędu pracy
- lub
2. Kserokopię zeznania o wysokości dochodu uzyskanego w roku podatkowym poprzedzającym rok złożenia wniosku.

.....  
(podpis)