

.....  
imię i nazwisko

.....  
numer PWZ lekarza/lekarza dentysty

**OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA  
W CZĘSTOCHOWIE**

**WNIOSEK**

**O ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ**

Na podstawie § 3 ust. 1 pkt. 3 Uchwały Nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej zwalnia się z obowiązku opłacenia składki członkowskiej lekarza, który złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz innych źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem emerytury lub renty, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,

wniosuję o

zwolnienie mnie z obowiązku opłacenia składki członkowskiej w okresie:

od ..... do .....

w związku z korzystaniem ze zwolnienia z podatku dochodowego w czasie urlopu macierzyńskiego .

Wniosek uzasadniam:

.....  
.....  
.....

Oświadczam, że w wyżej wymienionym okresie nie wykonuję czynności zawodowych.

**Informacja**

W przypadku osiągnięcia przychodów z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty lub ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych zobowiązuję się niezwłocznie złożyć oświadczenie o osiągnięciu przychodów.

Załączniki:

1. Załącznik nr. 1 – Zgoda na przetwarzanie danych wrażliwych
2. Dokument potwierdzający spełnienie warunków do uzyskania zwolnienia tj. zaświadczenie z zakładu pracy, potwierdzające pełen okres udzielenia urlopu macierzyńskiego.
3. Dokument potwierdzający wysokość przyznanego zasiłku macierzyńskiego

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1265)
- ustawa dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1128, z późn. zm.)

Od 1 lipca 2022 r. zasiłek macierzyński jest zwolniony z podatku dochodowego od osób fizycznych do kwoty 85 528 zł w skali roku.

.....

podpis Wnioskodawcy

Data i miejscowość .....

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ogólnym o Ochronie danych osobowych (RODO)

ja .....(imię i nazwisko), zamieszkały/a

w ..... (pełen adres),

nr PWZ/PESEL ....., wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Okręgową Izbę Lekarską w Częstochowie ul. Zajęczka 5, 42-202 Częstochowa NIP 5732473634, jako Administratora danych osobowych, danych szczególnej kategorii udostępnionych przeze mnie dobrowolnie w ramach rozpatrzenia złożonego wniosku o zwolnienie lub obniżenie składki członkowskiej.

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią obowiązku informacyjnego stanowiącego integralną część wniosku o zwolnienie lub obniżenie wysokości składki członkowskiej.

.....

Data i podpis