Załącznik do uchwały Nr 71/2023/IX Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie z dnia 28 września 2023 r.

………………………… ………………………

Imię i nazwisko miejscowość, data

………………………….

Nr PWZ

OKRĘGOWA RADA LEKARSKA

W ……………………………..

**Wniosek o obniżenie wysokości składki członkowskiej o 50%**

Wnoszę o zmniejszenie o 50% wysokości mojej składki członkowskiej za okres zwolnienia wynoszący co najmniej cztery tygodnie lub wielokrotność czterech tygodni i nie dłużej niż czas niezdolności do pracy z powodu:

zwolnienia lekarskiego / świadczenia rehabilitacyjnego (niewłaściwe skreślić).

1. Załącznik do wniosku (kopia):

Formularz ZUS-ZLA / decyzja o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego.

Inne: ………………………………………………………………………….

Podpis

……………………………………………….