……………………… ………………………….

 Imię i nazwisko miejscowość, data

………………………….

 Nr PWZ

 OKRĘGOWA RADA LEKARSKA

 W ……………………………..

Wniosek o zwolnienie z obowiązku opłacania składki członkowskiej

Wnoszę o zwolnienie mnie z obowiązku opłacania składki członkowskiej począwszy od miesiąca …………….…… roku z powodu……………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

Planowany okres nie osiągania przychodów …………………..( do kiedy)

Jednocześnie oświadczam, że w/w okresie nie będę osiągać przychodów z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oraz 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.

W przypadku osiągnięcia przychodów z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oraz 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 złożyć zawiadomienie o osiąganiu przychodów najpóźniej do 1-go dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osiągnę w/w przychód.

Podpis

……………………………