

OKRĘGOWA RADA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W BYDGOSZCZY

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW

STUDIA – SPECJALIZACJE-SZKOLENIA – KONFERENCJE-
FUNDUSZ EMERYTALNY

DOKUMENT

KWOTA WYPEŁ.....

DATA:

A- Wypełnia wnioskodawca

NAZWISKO I IMIĘ

NR NIPPESEL.....DATA UR.....

STANOWISKO.....ZATRUDNIONY OD DNIA.....

MIEJSCE PRACY.....

Miejsce zamieszkania:

WOJEWÓDZTWOPOWIAT.....GMINA.....

POCZTA.....KOD.....MIEJSCOWOŚĆ.....

ULICA.....Nr domu..... Nr mieszkania.....

TELEFON KONTAKT. /DOM, Z-D PRACY/.....

URZĄD SKARBOWY NR..... W.....

Rodzaj kształcenia

Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie.....

Czas trwania kształcenia od..... Do**Data ostatniej refundacji.....!!**

.....
/pieczętka zakładu pracy/

B-Wypełnia pracodawca wnioskodawcy

Zaświadcza się, że Pani(n).....od dnia.....
opłaca obowiązkową składkę na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w wysokości 1% od
płacy zasadniczej brutto.

Podstawa prawna: ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 19.04.1991 r. art.9 pkt.4 (Dz.U.Nr 41
poz.173 z późn.zm.)

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia stosownej Komisji ORPiP w Bydgoszczy.

.....
(Miejscowość i data)

.....
/podpis i pieczętka pracodawcy/

C-Wypełnia wnioskodawca

1. Znana jest mi treść regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia
zawodowego ORPiP w Bydgoszczy.
2. Oświadczam, że jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie informacji
niezgodnych z prawdą wynikającą z art. 246 KK.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie w celach wewnętrznych OIPiP w Bydgoszczy zgodnie z wymogami Ustawy o
ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r.

.....
/podpis wnioskodawcy/

Przyznaną kwotę proszę przekazać na moje konto osobiste:

Imię i nazwisko

rodzaj kształcenia

nr konta .. - .. - .. - .. - .. - ..

.....
/podpis wnioskodawcy/