



Wysokość przyznanego dofinansowania: przez WOIPiP.....zł, przez pracodawcę .....zł

**Wniosek o dofinansowanie,  
ze środków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
kosztów kształcenia podyplomowego**

**1. Dane personalne wnioskodawcy:**

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
(Nr Rejonu)

Imię i nazwisko ..... Data urodzenia \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_|  
rook m-c d

Adres zamieszkania: kod poczt. \_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| .....  
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul. .... tel. komórkowy.....  
(Nr domu) Nr lokalu)

**Ważne; należy podać tylko NIP lub tylko PESEL!!!!!!**

NIP : \_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_| PESEL : \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

*NIP w przypadku wykonywania działalności gospodarczej PESEL w przypadku zatrudnienia tylko na podstawie umowy o pracę*

Nazwa i adres Urzędu Skarbowego Wnioskodawcy: .....

Ulica ..... Kod poczt. \_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| .....  
(Miejscowość)

**2. Miejsce pracy**

Nazwa zakładu: .....

Adres zakładu: kod poczt. \_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| .....  
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul. .... tel. służbowy .....

Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej .....

Stanowisko pracy ..... zatrudniona(y) od \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_| - \_\_\_\_|\_\_\_\_|  
rook m-c d

**3. Korzystała(e)m z dofinansowania WOIPiP do:**

.....  
(rodzaj i nazwa kształcenia) rok m-c d

.....  
(rodzaj i nazwa kształcenia) rok m-c d



## WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY

### 7. Uzasadnienie skierowania na kształcenie .....

Wysokość kwoty dofinansowania przez zakład..... zł

.....  
(pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej za pracę pionu  
pielęgniarskiego/położniczego w zakładzie)

### 8. Poświadczenie zakładu pracy o opłacaniu składek.

Zaświadcza się, że wnioskodawca od dnia ..... - ..... - ..... regularnie opłaca składki  
rok m-c d  
członkowskie na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych

rok - -  
m-c d

.....  
(Pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

### 9. Opinia Pełnomocnika Okręgowej Rady WOIPiP właściwego rejonu wyborczego

.....  
(Czytelny Podpis Pełnomocnika właściwego rejonu wyborczego)

### 10. Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, że:

- 1 Znana mi jest treść regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego członków WOIPiP
- 2 W razie przerwania nauki lub zaprzestania opłacania składek członkowskich bez uzasadnionych przyczyn, zobowiązuję się do zwrotu przyznanego mi przez Okręgową Radę WOIPiP dofinansowania.
- 3 Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).
- 4 Do wniosku dołączam:
  - zaświadczenia o opłacaniu składek na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych z poprzednich miejsc pracy
  - dokumenty o okresach nie składkowych,

rok - -  
m-c d

.....  
(Czytelny podpis wnioskodawcy)