

Ważne : dofinansowanie do porady psychologicznej podlega opodatkowaniu*

**Wniosek o dofinansowanie
ze środków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie
do porady psychologa**

__ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
NR PWZ

1. Dane personalne wnioskodawcy:

Imię i nazwisko Data urodzenia |__|__|__|__| - |__|__|__| - |__|__|__|
rook m-c d

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

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

adres e-mail PESEL : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

(pole obowiązkowe)

Nazwa i adres Urzędu Skarbowego Wnioskodawcy właściwego do rozliczeń podatkowych:

.....

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. Ubiegam się o dopłatę za poradę psychologiczną

Nazwa ośrodka :

Adres ośrodka:

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
kod pocztowy Miejsowość ulica

Dopłata w danym roku kalendarzowym

*rok.....

4. Okresy nieskładkowe

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarzki, położne:	Okres- od -do	

Które złożyły w OIPiP oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu i druk PWZ oddały do dokumentacji OIPiP w Tarnowie.

5. Dofinansowanie proszę przekazać na moje konto osobiste:

Imię i nazwisko:.....

Nazwa banku:

Numer rachunku bankowego:

WYPEŁNIA SKARBNIK ORPiP w TARNOWIE

6. Poświadczenie zakładu pracy o opłaceniu składek przez wnioskodawcę

Zaświadcza się, że wnioskodawca od dnia ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|
rok m-c d regularnie opłaca składki

członkowskie na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych

..... - -

rok m-c d

(Pieczeń i podpis osoby upoważnionej)

.....

Pieczętka zakładu pracy

DO WNIOSKU DOŁĄCZAM

- rachunek/faktura opłacenia za poradę , wystawiony na członka OIPiP w Tarnowie

Oświadczenie wnioskodawcy:

Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).

☐ *Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie przekazanym mi w związku z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z informacjami zawartymi w/w oświadczeniu.*

☐ ***Wyrażam zgodę na przesłanie stosownego formularza -deklaracji zeznania podatkowego drogą elektroniczną na podany przeze mnie adres e-mail**

__ __ __ __ - __ __ - __ __
rok m-c d

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)