*Załącznik nr 1 do Regulaminu działalności Komisji ds. Socjalno-Bytowych Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Okręgowej Izby w Tarnowie*

***Ważne : dofinansowanie do zakupu karnetu w klubach różnych aktywności fizycznej podlega opodatkowaniu****

**Wniosek o dofinansowanie**
**ze środków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie**
**do różnych aktywności fizycznej**

___ |___ |___ |___ | |___ |___ | |___ |___ | |___ |
NR PWZ

## 1. Dane personalne wnioskodawcy:

Imię i nazwisko ..... Data urodzenia |___ |___ |___ |___ | - |___ |___ | - |___ |___ |
rok 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 |___ |___ |___ |___ | - |___ |___ | - |___ |___ |
rok m-c d

## 3. Ubiegam się o dofinansowanie za zakup karnetu w klubach różnych aktywności fizycznej

**Nazwa klubu :** .....

**Adres ośrodka:** ……

|__|__| - |__|__|__| ..... ……

**kod pocztowy** **Miejscowość** **ulica**

## Dopłata w danym roku kalendarzowym

***rok……..**

## 4. Okresy nieskładkowe

| **Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, 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 opłacaniu składek przez wnioskodawcę

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)

……
Pieczątka zakładu pracy

**DO WNIOSKU DOŁĄCZAM**

- **rachunek/faktura opłacenia za usługę , wystawiona 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)