

## WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY FINANSOWEJ

.....  
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....  
IMIĘ I NAZWISKO

.....  
KOD, MIEJSCOWOŚĆ ULICA / NR DOMU / NR MIESZKANIA / TELEFON

.....  
ZAWÓD, STANOWISKO

.....  
NAZWA I ADRES ZAKŁADU PRACY / ODDZIAŁ

### 1. Uzasadnienie wniosku (opis sytuacji)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**OŚWIADCZAM, IŻ ZNAM REGULAMIN UDZIELANIA POMOCY FINANSOWEJ CZŁONKOM OKRĘGOWEJ IZBY PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH WE WŁOCŁAWKU I ZOBOWIAZUJĘ SIE DO JEGO PRZESTRZEGANIA I WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH DLA POTRZEB KOMISJI SOCJALNEJ OIPIP WE WŁOCŁAWKU.**

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

*Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).*

**Informacja o administratorze danych**

- 1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, 650).*
- 2. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Włocławku.*
- 3. Adres siedziby administratora danych: 87-800 Włocławek, ul. Dziewińska 17*

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Numer konta bankowego:**

.....

**Załączniki do wniosku:**

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)