

15. Kod pocztowy \_\_\_\_\_ 16. Miejscowość \_\_\_\_\_

17. Ulica

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

19. Telefon

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

18. Numer

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## VI. Oświadczenia

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych we Włocławku moich danych osobowych zawartych we wniosku i przekazanych dobrowolnie dla potrzeb korespondencji, oraz realizacji wniosku o udzielenie pomocy koleżeńskiej.
2. Oświadczam, że otrzymane dofinansowanie wykażę jako przychód w formularzu PIT za rok .....

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

## VII. Decyzja ORPiP we Włocławku o przyznaniu dofinansowania.

### 1. Data wpisu pielęgniarki/położnej do Rejestru OIPiP we Włocławku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### 2. Regularnie opłaca składki członkowskie tak/nie\*

**3. Przyznano/nie przyznano\*** pomocy koleżeńskiej w formie dofinansowania do jednorazowego pobytu rehabilitacyjno-leczniczego w celu poprawy stanu zdrowia i profilaktyki zespołu wypalenia zawodowego.

Podpis członków Komisji ds. socjalnych przy ORPiP we Włocławku

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

**Uchwała Nr** ..... **z dnia** .....

**kwota przyznana do wypłaty** ..... **słownie** .....

.....  
Podpis i pieczęć skarbnika