

(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 pielęgniarstwa 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.

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

II. Decyzja Komisji ds. socjalnych przy ORPiP we Włocławku

- 1. Regularnie opłaca składki członkowskie tak/nie*
- 2. Przyznano/nie przyznano *dofinansowanie w kwocie.....słownie.....
.....
- 3. Uzasadnienie w przypadku nie przyznania dofinansowania:.....
.....

Podpisy członków Komisji ds. socjalnych

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

Data.....

Pieczęć i podpis skarbnika.....

*właściwe zaznaczyć