

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ
KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO OIPIP W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA										
UWAGA! Informacja o przyznaniu refundacji (PIT 8 – C) zostanie przekazana do Urzędu Skarbowego właściwego według miejsca zamieszkania osoby składającej wniosek. Kwotę refundacji należy ująć w zeznaniu podatkowym.										
1. Nazwisko	2. Imię									
3. Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok) ____-____-____	4. Miejsce urodzenia									
4. Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP): <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"> </td><td style="width: 33%;"> </td><td style="width: 33%;"> </td></tr></table>				5. Nazwa i adres Urzędu Skarbowego (nazwa urzędu) (ulica, nr) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"> </td><td style="width: 33%;"> </td><td style="width: 33%;"> </td></tr></table> (kod, miejscowość)						
6. PESEL <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 11%;"> </td><td style="width: 11%;"> </td><td style="width: 11%;"> </td><td style="width: 11%;"> </td><td style="width: 11%;"> </td><td style="width: 11%;"> </td><td style="width: 11%;"> </td><td style="width: 11%;"> </td><td style="width: 11%;"> </td><td style="width: 11%;"> </td></tr></table>										
7. Adres zamieszkania (ulica, nr domu, nr lokalu) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"> </td><td style="width: 33%;"> </td><td style="width: 33%;"> </td></tr></table> (kod, miejscowość) Telefon kontaktowy				8. Miejsce pracy (nazwa i adres zakładu pracy) Staż pracy _____ Telefon do pracy _____						
9. Rodzaj kształcenia i doskonalenia zawodowego, termin zakończenia										
10. Ostatnio otrzymana refundacja (dzień-miesiąc-rok) ____-____-____										
B. WYPEŁNIA PRACODAWCA										
Zaświadcza się, że wnioskodawca opłaca w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej obowiązkową miesięczną składkę na rzecz Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. (data)										
C. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY										
Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 231 Kodeksu Karnego. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji zadań samorządu pielęgniarek i położnych, zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Miejscowość, dnia _____ Podpis wnioskodawcy _____										
Przyznaną kwotę proszę przekazać na moje konto osobiste - Nr konta: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 33%;"> </td><td style="width: 33%;"> </td><td style="width: 33%;"> </td></tr></table>										
ZAŁĄCZNIKI <input type="checkbox"/> zaświadczenie lub dyplom ukończenia szkolenia <input type="checkbox"/> oryginał rachunku wniesionej opłaty kosztów kształcenia wystawionego przez organizatora kształcenia										
D. WYPEŁNIA KOMISJA KSZTAŁCENIA										
Decyzja Komisji o przyznaniu refundacji z określeniem wysokości lub uzasadnieniem odmownej decyzji: 1. Kwota przyznanej refundacji _____ słownie _____ 2. Uzasadnienie decyzji odmownej _____										
Członkowie Komisji										
Przewodniczący Komisji										
Biała Podlaska, dnia										