

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

A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA																				
1. Nazwisko i imię	2. Numer Prawa Wykonywania Zawodu <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>																			
3. Adres zamieszkania <i>(ulica, nr domu, nr lokalu)</i> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <i>(kod, miejscowość)</i>						4. Miejsce pracy <i>(nazwa i adres zakładu pracy)</i>														
Telefon kontaktowy	Staż pracy _____ Telefon do pracy																			
5. Rodzaj kształcenia i doskonalenia zawodowego, termin zakończenia																				
6. Ostatnio otrzymana refundacja <i>(dzień-miesiąc-rok)</i> _____ - _____ - _____																				
B. OŚWIADCZENIA																				
7. Oświadczenie Pracodawcy/Wnioskodawcy o opłaceniu składek Oświadczam, że opłacam w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej obowiązkową miesięczną składkę, przez okres, co najmniej 1 roku na rzecz Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. <p style="text-align: right;">Podpis Pracodawcy/Wnioskodawcy _____</p>																				
8. Oświadczenie Wnioskodawcy o dofinansowaniu szkolenia przez pracodawcę lub z innych źródeł. Oświadczam, że otrzymałam /nie otrzymałam* dofinansowanie szkolenia w wysokości																				
9. Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 231 Kodeksu Karnego.																				
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania poniesionych kosztów kształcenia oraz sporządzenia danych statystycznych wynikających z realizacji zadań samorządu zawodowego dla potrzeb realizacji zadań samorządu pielęgniarek i położnych, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018, poz. 1000). Dnia _____ Podpis wnioskodawcy _____																				
<small>*niepotrzebne skreślić</small>																				
Przyznaną kwotę proszę przekazać na moje konto osobiste - Nr konta: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>																				
Decyzja Komisji o przyznaniu refundacji z określeniem wysokości lub uzasadnieniem odmownej decyzji:																				
1. Kwota przyznanej refundacji _____ <i>słownie</i> _____																				
2. Uzasadnienie decyzji odmownej _____ _____																				
Członkowie Komisji																				
Przewodniczący Komisji																				
Biała Podlaska, dnia.....																				

WNIOSEK NIEKOMPLETNY NIE BĘDZIE ROZPATRYWANY