

**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;"><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; vertical-align: middle;"><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																		
5. Rodzaj kształcenia i doskonalenia zawodowego, termin zakończenia																			
6. Ostatnio otrzymana refundacja (dzień-miesiąc-rok) ____ - ____ - ____																			
B. OŚWIADCZENIA																			
7. Oświadczenie Pracodawcy/Wnioskodawcy o opłacaniu składek Oświadczam, że opłacam w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej obowiązkową miesięczną składkę, przez okres, co najmniej 2 lat 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 przez pracodawcę do wskazanej w pkt 5 formy kształcenia 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 przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, z siedzibą w Białej Podlaskiej (21-500) ul. Parkowa 11 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;"><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></tr></table>																			
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.....																			