

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko i imiona

Nr PWZ

--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Miejsca zatrudnienia

Stanowisko oddział

Tel. kontaktowy e-mail:

.....
Data wpływu wniosku

WNIOSEK

**o pokrycie kosztów udziału w konferencji/seminarium/
symposium naukowym/kongresie/zjeździe naukowym***

*niepotrzebne skreślić **

.....
.....
nazwa konferencji/seminarium/symposium naukowe/kongresu/zjazdu naukowe

W roku bieżącym nie korzystałam/ korzystałem z refundacji kosztów kształcenia lub doskonalenia zawodowego.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych, przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu na potrzeby rozpatrywania złożonego wniosku.

Administratorem zawartych we wniosku danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu. Dane te będą przetwarzane wyłącznie na potrzeby rozpatrzenia złożonego wniosku oraz w celu aktualizacji danych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych. Więcej informacji dotyczących danych osobowych znajduje się w **Regulaminie refundacji kosztów kształcenia lub doskonalenia zawodowego Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.**

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią obowiązującego Regulaminu refundacji kosztów kształcenia lub doskonalenia zawodowego Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Zobowiązuję się do wpłacenia na konto OIPIP w Wałbrzychu kwoty przewyższającej regulaminową refundację, w terminie 7 dni od daty podjęcia uchwały Prezydium o wyrażeniu zgody na pokrycie kosztów udziału.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Decyzja Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu

Zgodnie z Regulaminem refundacji kosztów kształcenia lub doskonalenia zawodowego Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu:

Wyraża zgodę na pokrycie kosztów udziału w.....

w kwociePLN

słownie

Uchwała Nr: z dnia

Sprawdził :

.....
data/pieczętka i podpis Skarbnika ORPiP

Zrealizował:

.....
data/pieczętka i podpis księgowej

Zgodnie z Regulaminem refundacji kosztów kształcenia lub doskonalenia zawodowego Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu:

odmawia się pokrycia kosztów udziału w.....

Uchwała Prezydium ORPiP Nr: z dnia

.....
Data/pieczętka i podpis Skarbnika ORPiP