

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

Nazwisko i imiona .....

Nr PWZ

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

Adres zamieszkania .....

Miejsca zatrudnienia .....

Stanowisko ..... oddział .....

Tel. kontaktowy ..... e-mail: .....

.....  
Data wpływu wniosku

**W N I O S E K**

**o refundację kosztów poniesionych tytułem uczestnictwa w:**

.....  
rodzaj kształcenia lub doskonalenia zawodowego

.....  
pełna nazwa organizatora kształcenia zawodowego

.....  
ukończone specjalizacje – dziedzina, rok refundacji ze środków Izby

**Oświadczam, że:** całkowity koszt kursu, szkolenia, studiów wynosi zł. ....

słownie .....

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.**

.....  
miejsce 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.**

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

