



## Wniosek o przyznanie jednorazowej gratyfikacji emerytalnej

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (drukowanymi literami)		
Imiona i nazwisko	Data urodzenia	
Adres zamieszkania:		
województwo	powiat	gmina
ulica, nr domu, nr lokalu		miejscowość
kod pocztowy	poczta	nr telefonu
Seria i nr dowodu osobistego.....	PESEL.....	
Miejsce pracy, dokładny adres		
Nr telefonu służbowego (do możliwości kontaktu)		

.....

**Miejscowość, data**

.....

**podpis wnioskodawcy**

**Do wniosku należy dołączyć dokumenty zgodnie z Regulaminem**

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA	
<b>Oświadczam, że jestem świadoma/y skutków złożenia informacji i dowodów niezgodnych z prawdą.</b>	
Miejscowość, dn. ....	..... podpis wnioskodawcy

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

.....

podpis wnioskodawcy

