



Wniosek o przyznanie zapomogi losowej bezzwrotnej

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)		
Uzasadnienie wniosku:		

.....
Miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Do wniosku należy dołączyć dokumenty zgodnie z Regulaminem

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

Proszę zaznaczyć i podpisać zgodnie z wybranym rodzajem zapomogi losowej

w przypadku choroby:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych o stanie zdrowia wynikających ze wszelkich dokumentów załączonych do wniosku, przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu na potrzeby rozpatrywania złożonego wniosku.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednak jej niewyrażenie będzie skutkowało odmową rozpatrzenia wniosku. Zgoda na przetwarzania danych może być w każdym czasie cofnięta.

.....
podpis wnioskodawcy

