

Dane osoby której przyznano zapomogę:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....

.....
(nr telefonu kontaktowego)

.....
(adres email)

Proszę o przelanie przyznanej zapomogi na niżej podany numer konta bankowego:

[illegible]

Oświadczam, że wskazane konto bankowe należy do osoby, której przyznana została zapomoga przez komisję socjalną. Oświadczam, że przyjmuję na siebie osobistą i wyłączną odpowiedzialność za błędne wypełnienie niniejszego formularza.

☐ pełnomocnik rejonu

.....

czytelny podpis pesel

☐ pokrewieństwo

☐ nie dotyczy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań Izby zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm.). Zostałam/em poinformowany, że zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm) administratorem danych jest Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Nowy Świat 63, 00-042 Warszawa, a każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
data i podpis wyrażającego zgodę

Wypełniają pracownicy WOIPiP

Przyznano zapomogę w kwocie:.....

Z tytułu:.....

Uchwała nr.....

Przelew dnia.....