Warszawa dnia……..

Dane osoby, której przyznano dofinansowanie do studiów zawodowych 1^0 /2^0:

……..
(imię i nazwisko)

……..
(adres)

…….

…….
(nr telefonu kontaktowego)

…….
(adres email)

Proszę o przelanie przyznanego dofinansowania na niżej podany numer konta bankowego:

Oświadczam, że wskazane konto bankowe należy do osoby, której przyznane zostało dofinansowanie przez WOIPiP. Oświadczam, że przyjmuję na siebie osobistą i wyłączną odpowiedzialność za błędne wypełnienie niniejszego formularza.

…….…… ……..……
czytelny podpis pesel

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 z dnia 29 sierpnia 1997 r. 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

<u>Wypełniają pracownicy WOIPiP</u>

Przyznane dofinansowanie w kwocie:……..

Z tytułu:……

Uchwała nr……

Przelew dnia…….

Druk opracowała: Anna Majek 30.06.2017r