

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:

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

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.

.....  
czytelny podpis                      pesel

- pełnomocnik rejonu .....
- pokrewieństwo .....
- nie dotyczy

***Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie przekazanym mi w związku z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z informacjami zawartymi w/w oświadczeniu.***

.....  
data i podpis wyrażającego zgodę

**Wypełniają pracownicy WOIPiP**

Przyznano zapomogę w kwocie:.....

Z tytułu:.....

Uchwała nr.....

Przelew dnia.....