Warszawa dnia……..

Dane osoby:

……..
(imię i nazwisko)

……..
(adres)

…….

…….
(nr telefonu kontaktowego)

…….
(adres email)

Proszę o przelanie przyznanych środków finansowych na niżej podany numer konta bankowego:

Oświadczam, że wskazane konto bankowe należy do osoby, której przyznano środki finansowe przez WOIPiP. Oświadczam, że przyjmuję na siebie osobistą i wyłączną odpowiedzialność za błędne lub nieczytelne wypełnienie niniejszego formularza.

…….…… ……..……
czytelny podpis pesel

☐ *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

<u>Wypełniają pracownicy WOIPiP</u>

Przyznane środki finansowe w kwocie:……..

Z tytułu:……

Uchwała nr……

Przelew dnia…….