

4. Refundacja w danym roku kalendarzowym - **właściwe zaznaczyć!!!**

- Pobyt 7 dni----- 1200 zł brutto
- Pobyt 14 dni-----2400 zł brutto

5. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej - za okres 5 ostatnich lat (proszę podać dokładne daty)

Okres (5 ostatnich lat)		Nazwa i adres zakładu pracy
od	do	

6. Okresy nieskładkowe - za okres 5 ostatnich lat

Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:	okres	
	od	do
które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem.		
bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy ,pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy		
wykonyjące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,		
przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,		
pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu.		
będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu,		
pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy.		
niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne		

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY

7. Poświadczenie zakładu pracy o opłacaniu aktualnych składek przez Wnioskodawcę

Zaświadcza się, że Pan/Pani

od dnia - - regularnie opłaca składki członkowskie na rzecz Samorządu

dz m-c rok

Pielęgniarek i Położnych w Warszawie w wysokości 1% miesięcznego wynagrodzenia*

.....
dz m-c rok

.....
(Pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

.....
Pieczęć zakładu pracy

* Uchwała Nr 18 i 22, VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016r. ws. wysokości składek członkowskich oraz zasad jej podziału.

PONADTO DO WNIOSKU DOŁĄCZAM

- zaświadczenie/a - jeśli w okresie 5 ostatnich lat osoba wnioskująca zmieniała pracę, to do wniosku należy dołączyć kserokopię zaświadczenia o opłacaniu składek na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych z poprzedniego/nich miejsc pracy za w/w okres.
- rachunek/faktura za pobyt, wystawiona na Członka WOIPiP,
- dowód uiszczenia w/w rachunku/faktury,
- polecenie przelewu środków na konto.

Uwaga: Osoba ubiegająca się o refinansowanie pobytu sanatoryjnego/rehabilitacyjnego musi być Członkiem WOIPiP minimum 5 lat.

Oświadczenie Wnioskodawcy:

Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).

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.

** Wyrażam zgodę na przesłanie stosownego formularza-deklaracji zeznania podatkowego drogą elektroniczną na podany przeze mnie adres e-mail*

 - -
dz m-c rok

.....
(Czytelny podpis Wnioskodawcy)