

Warszawa, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(ulica, nr lok.)

.....  
(kod, miejscowość)

.....  
(nr telefonu kontaktowego)

.....  
(e-mail)

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

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

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

**NUMER PESEL:** .....

.....  
(podpis)

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.

.....  
(podpis)

**Wypełniają pracownicy WOIPiP:**

Przyznane środki finansowe w kwocie: zł.....gr.....

Z tytułu:.....

Uchwała nr.....

Przelew dnia.....

**PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE!!!!**