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)

<u>Wypełniają pracownicy WOIPiP:</u>

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

Z tytułu:……..

Uchwała nr……

Przelew dnia…….