

4. 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		
wykonujące 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

5. Poświadczenie zakładu pracy o opłacaniu aktualnych składek przez Wnioskodawcę

Zaświadcza się, że Pan/Pani

od dnia 1__1__1 - 1__1__1 - 1__1__1__1__1 regularnie opłaca składki członkowskie na rzecz Samorządu

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

.....
dz m-c rok

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

.....
Pieczętka 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 szczepionkę, wystawioną na Członka WOIPiP,
- zaświadczenie o dokonany szczepieniu lub rachunek/faktura jeżeli usługa była łączna tzn, szczepionka + szczepienie,
- polecenie przelewu środków na konto.

Uwaga: Osoba ubiegająca się o refundację kosztów szczepienia musi być Członkiem WOIPiP minimum 2 lata.

OBOWIĄZKOWE! Oświadczenie Wnioskodawcy:

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

Oświadczam, że jako członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie:

- przynależę do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie przez okres co najmniej 2 lat poprzedzających złożenie niniejszego wniosku,
 tak nie
- na bieżąco opłacam składkę członkowską za okres co najmniej 2 lat poprzedzających złożenie niniejszego wniosku albo opłacałam/em je w tym okresie z wyjątkiem czasu, w którym podlegałam zwolnieniu z tego obowiązku na mocy właściwej uchwały Zjazdu Krajowego
 tak nie
- upłynął okres 1 roku od uregulowania przeze mnie zaległości w opłacaniu składki członkowskiej i opłacam ją od tego czasu na bieżąco *
 tak nie nie dotyczy

Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie przekazany 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)