



**Wniosek o refundację
ze środków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
kosztów udziału w konferencji, szkoleniu, sympozjum, zjeździe, itp.**

1. Dane personalne wnioskodawcy:

.....
(nr PWZ)

Imię i nazwisko

Data urodzenia - -
rok m-c d

tel. komórkowy e-mail

2. Miejsce pracy:

Nazwa zakładu

Adres zakładu: kod poczt - - ul.
(Miejscowość)

Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej

Stanowisko pracy zatrudniona(y) od - -
rok m-c d

3. Ubiegam się o refundację udziału w:

Konferencji Szkoleniu Sympozjum Zjeździe

udział : bierny czynny

- Nazwa konferencji

- Temat

- Koszt konferencji

- Miejsce konferencji kod poczt. - - ul.
(Miejscowość)

- Termin: od - - do - -
rok m-c d rok m-c d

- Organizator

Adres organizatora - - ul.
(Miejscowość)

4. Funkcja pełniona w organach Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych:

.....
Członkostwo w komisji problemowej, sekcji

5. Refundacja w danym roku kalendarzowym: *(właściwe podkreślić)*

1 refundacja - (max. do 1600 zł)

2 refundacja - (max. do 1120 zł)

3 refundacja - (max. do 800 zł)

6. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej - proszę podać dokładne daty /dzień, miesiąc, rok/ (za okres ostatnich 5 lat)

Okres		Nazwa i adres zakładu pracy
od	do	

7. Okresy nieskładkowe - proszę podać dokładne daty /dzień, miesiąc, rok/ (za okres ostatnich 5 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		

8. Poświadczenie zakładu pracy o opłacaniu składek przez Wnioskodawcę

Zaświadcza się, że Pani/Pan

od dnia - - ma regularnie potrącać
rok m-c d

i odprowadzane składki członkowskie na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Warszawie w wysokości 1% miesięcznego wynagrodzenia*

.....
 Pieczęć zakładu

.....
 Pieczęć i podpis osoby upoważnionej

.....
 Data poświadczenia

Uwaga ! Składki powinny być opłacane i poświadczone za okres 5 lat poprzedzających złożenie wniosku o refundację konferencji lub za okres od powstania tego obowiązku czyli daty wpisu wnioskodawcy do rejestru członków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do daty ubiegania się o refundację.

Jeżeli poświadczenie obecnego zakładu pracy nie spełnia tego wymogu, wnioskodawca zobowiązany jest dołączyć dodatkowo zaświadczenia o opłacaniu składek z poprzednich miejsc pracy (xero).

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

9. Opinia Pełnomocnika Okręgowej Rady WOIPiP właściwego rejonu wyborczego (pielęgniarka lub położna z danego zakładu pracy, wybrana do kontaktów z samorządem) lub Przewodniczącej Organu/Komisji/Sekcji

.....
 Podpis Przewodniczącej organu, komisji, sekcji,
 której członkiem jest wnioskodawca

.....
Podpis pełnomocnika

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- **dokument wystawiony przez organizatora konferencji** (np. wydruk za strony) zawierający wszystkie informacje, dotyczące danej konferencji : **nazwa, temat, koszt, miejsce, termin, program, nazwa i adres organizatora.**
- dokumenty o okresach nieskładkowych (ewentualnie)

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.

.....
rok m-c d

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

Uwaga ! WNIOSKI NICZYTELNE NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE !