

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

- Pobyt 7 dni----- 1500 zł brutto
- Pobyt 14 dni-----3000 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. **Zaprzestanie wykonywania zawodu złożone w CRPiP od dnia 1 kwietnia 2025-** proszę podać dokładne daty /dzień, miesiąc, rok/ (za okres ostatnich 5 lat)

od do

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY

6. 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
dz m-c rok

1. Pielęgniarek i Położnych w Warszawie w wysokości 1% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym ogłoszonego przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym (zaokrąglona do pełnego złotego).

.....
dz m-c rok

.....
(Pieczeńć i podpis osoby upoważnionej)

.....
Pieczętka zakładu pracy

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)

***Za zaprzestanie wykonywania zawodu, rozumie się złożenie w dziale PWZ WOIPiP wniosku, który zostanie odnotowany w CRPiP**

Okresy nieskładkowe do dnia 31 marca 2025r.

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		