



Ważne! : Refundacja kosztów szczepienia podlega opodatkowaniu*

**Wniosek o refundację
ze środków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
za szczepienie przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTD/Tdap)**

Wszystkie punkty/pola obowiązkowe!

Nr PWZ

1. Dane personalne wnioskodawcy:

Nazwisko i imię Data urodzenia ____ - ____ - ____
dz m-c rok

Adres zamieszkania: kod poczt. ____ - ____
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul. tel. komórkowy
(Nr domu) Nr lokalu)

adres e-mail PESEL: _____

Nazwa i adres Urzędu Skarbowego Wnioskodawcy właściwego do rozliczeń podatkowych:

ulica Kod poczt. ____ - ____
(Miejscowość)

2. Miejsce pracy

Nazwa zakładu:

Adres zakładu: kod poczt. ____ - ____
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul. tel. służbowy

Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej

Stanowisko pracy zatrudniona(y) od ____ - ____ - ____
dz m-c rok

3. Miejsce szczepienia

Nazwa zakładu:

Adres zakładu: kod poczt. ____ - ____
(Miejscowość) (Powiat) (Gmina)

ul.

4. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej - za okres 5 ostatnich lat (proszę podać dokładne daty)

Okres (5 ostatnich lat)		Nazwa i adres zakładu pracy
od	do	

5. **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

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

.....
Pieczęć 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 szczepionkę, wystawioną na Członka WOIPiP,
- zaświadczenie o dokonanym 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.

OBOWIAZKOWE! 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

- 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 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 o odwołanie się od decyzji o zaprzestaniu 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		