



**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        -        -        rok regularnie opłaca składki członkowskie na rzecz WOIPiP

..... - ..... - .....  
dz                      m-c                      rok

.....  
( Pieczęć 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 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 odośnie 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                                                                                               |       |    |