



Imię i nazwisko.....

Miejscowość, data .....

.....

Pesel.....

Nr zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## WNIOSEK

### do Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu o nadanie dostępu do Serwisu [libra.ibuk.pl](http://libra.ibuk.pl)

Adres zamieszkania.....

Telefon .....

E-mail\*).....

#### Załączniki:

1. Wypełniony **arkusz aktualizacji danych** stanowiący załącznik nr 10 do uchwały nr 137/2016/VII DORPiP we Wrocławiu z dnia 18 czerwca 2016 r. dostępny na stronie [www.doipip.wroc.pl](http://www.doipip.wroc.pl)
2. Zaświadczenie o **opłacaniu składek**.
3. Osoby zwolnione z odprowadzania składek na podstawie uchwały Nr 18 i 22 §4 pkt. 1- 8 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału przedstawiają oświadczenie zwalniające z odprowadzania składek .

Wyrażam zgodę na przesyłanie drogą elektroniczną informacji dotyczących działalności samorządu zawodowego, a w szczególności komunikatów dotyczących dostępu do Serwisu [libuk.pl](http://libra.ibuk.pl).

Oświadczam, iż będę korzystała/korzystał z Serwisu [libuk.pl](http://libra.ibuk.pl) zgodnie z regulaminem zamieszczonym na stronie pod adresem [www.libra.ibuk.pl](http://www.libra.ibuk.pl). W przypadku korzystania niezgodnego z regulaminem, konto użytkownika może być zablokowane przez administratora serwisu.

.....  
podpis pielęgniarki / położnej

\* na podany adres email zostanie przesłany kod umożliwiający założenie konta w Serwisie [libuk.pl](http://libra.ibuk.pl)

#### Informacja o administratorze danych

- 1.Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – Art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 01 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1038 ze zm.)
- 2.Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.
- 3.Adres siedziby administratora danych – 50-555 Wrocław, ul. Powstańców Śląskich 50 .



## ZAŚWIADCZENIE

### WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY:

Pan/Pani ..... opłaca regularnie składkę członkowską na rzecz Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu od.....

.....  
/pieczętka zakładu pracy /

.....  
/podpis i pieczętka osoby upoważnionej/

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko)

legitymujący/a się dowodem osobistym .....  
(seria i numer, wydanym przez.....)

.....  
jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia,

oświadczam, że na podstawie uchwał Nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału zgodnie z którą:

„..... Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

**1)** bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy);

**2)** które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem.\*

**3)** wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,

**4)** przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,

**5)** pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu.

**6)** będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu,

**7)** pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy.

**8)** niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne....”

**\*) właściwe podkreślić**

Jestem zwolniona/y z obowiązku opłacania składek członkowskich.

.....  
data i podpis pielęgniarki /położnej

