

☐ Akceptuję Regulamin Kwalifikowania i Finansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego organizowanego przez Dolnośląską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Administrator danych osobowych: Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu, z siedzibą przy ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław, e-mail: info@doipip.wroc.pl.

Cel i podstawa przetwarzania danych: rozpatrzenie wniosku o refundację kosztów doskonalenia zawodowego [art. 6 ust. 1 lit. c RODO*, w związku z art. 4 ust. 2 pkt 15 oraz art. 11 ust. 2 pkt 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych] oraz w celu aktualizacji danych w centralnym rejestrze pielęgniarek i położnych [art. 5 ust. 1 lit. d RODO].

Inspektor Ochrony Danych: kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest za pomocą adresu e-mail: iod@doipip.wroc.pl oraz w biurze DOIPIP.

Kluczowe informacje (odbiorcy, okres przechowywania, prawa, skarga do PUODO, obowiązek podania danych) znajdują się w [§ 10 Regulaminu], dostępnym w biurze Izby i na www.doipip.wroc.pl. Dane nie są przekazywane poza EOG ani przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

Proszę o refundację kosztów doskonalenia zawodowego za:

.....
/dokładna nazwa kursu dokształcającego, specjalistycznego, kwalifikacyjnego, sympozjum, konferencji, seminarium naukowego, zjazdu naukowego, warsztatu szkoleniowego, kongresu, szkolenia, szkolenia specjalizacyjnego, studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, uzyskanie tytułu doktora nauk medycznych lub doktora nauk o zdrowiu, studia podyplomowe./

.....które odbyło się w terminie

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY: (nie dotyczy osób wykonujących zawód w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarskiej/położniczej)

Zakład dofinansował/nie dofinansował*
w wysokości.....słownie:.....

/pieczętka zakładu pracy/

* niepotrzebne skreślić

/pieczętka i podpis osoby upoważnionej/

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWÓD W RAMACH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI PIELĘGNIARSKIEJ/POŁOŻNICZEJ:

Oświadczam, że wykonuję zawód w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarskiej/położniczej i koszty kształcenia podyplomowego pokryte zostały z moich środków.

/czytelny podpis wnioskodawcy/

Do wniosku o refundację należy dołączyć:

1. kserokopię zaświadczenia lub dyplomu ukończenia danej formy doskonalenia zawodowego,
2. kserokopię prawa wykonywania zawodu (pierwsza strona ze zdjęciem)
3. kserokopię imiennego rachunku lub faktury potwierdzającego poniesione przez członka samorządu koszty.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że znam zasady finansowania udziału członków samorządu w doskonaleniu zawodowym i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.

/miejscowość, data /

/czytelny podpis wnioskodawcy/

OŚWIADCZENIE

(Imię i nazwisko) oświadczam iż w roku kalendarzowym nie korzystałam z refundacji kosztów doskonalenia zawodowego/kursy dokształcające, specjalistyczne, kwalifikacyjne, sympozjum, konferencje, seminaria naukowe, zjazdy naukowe, warsztaty szkoleniowe, kongresy, szkolenia, szkolenia specjalizacyjne, studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, uzyskanie tytułu doktora nauk medycznych lub doktora nauk o zdrowiu, studia podyplomowe/

* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (dalej RODO)

/czytelny podpis wnioskodawcy /

WYPEŁNIA ZESPÓŁ DS. REFUNDACJI:

I. Decyzja Zespołu o przyznaniu refundacji z określeniem wysokości

Na posiedzeniu zespołu w dniu przyznano refundację w wysokości
/słownie/.....

Podpisy członków Zespołu ds. Refundacji:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

II. Decyzja Zespołu o nierefundowaniu kosztu kształcenia;

Na posiedzeniu Zespołu w dniu nie przyznano refundację z powodu:

.....
.....
.....

Podpisy członków Zespołu ds. Refundacji:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Załączniki:

- a) Załącznik nr 1 - zaświadczenie
- b) Załącznik nr 2 - Podanie o dokonanie przelewu pieniędzy na rachunek bankowy
- c) Załącznik nr 3 - Informacja podatkowa

ZAŚWIADCZENIE

Pani/Pan _____

opłaca regularnie składkę członkowską na rzecz Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych we Wrocławiu od: _____ do: _____

/pieczętka zakładu pracy członka DOIPiP

/pieczętka i podpis osoby upoważnionej/

/miejscowość, data/

PODANIE O DOKONANIE PRZELEWU PIENIĘDZY NA RACHUNEK BANKOWY

.....

Imię i Nazwisko

.....

(miejscowość , data)

.....

Adres zamieszkania

.....

Tel.....

Zwracam się z prośbą o przekazanie przyznanej mi kwoty zapomogi/ podarunku emerytalnego/
refundacji* na rachunek bankowy:

.....

Nazwa banku

.....

Numer rachunku

.....

Czytelny podpis

*** niepotrzebne skreślić**

INFORMACJA PODATKOWA

Nazwisko.....

Imiona: 1.....2.....

Imię ojca:.....Imię matki:.....

Miejsce urodzenia:data urodzenia:

(dzień, miesiąc, rok)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(nr PESEL)

Miejsce zamieszkania:

Województwo.....Gmina/Dzielnica.....

Ulica.....Nr domu.....Nr mieszkania.....

Miejscowość.....Kod pocztowy __ - __ __

Pocztą.....Powiat.....

Adres Urzędu Skarbowego.....

Uwaga! O wszystkich zmianach powiadomię DOIPiP we Wrocławiu.

Data.....Podpis.....

Pouczenie: W przypadku zmiany danych adresowych należy niezwłocznie poinformować w formie pisemnej Dział Księgowości DOIPiP we Wrocławiu - pod rygorem posługiwania się przez DOIPiP pierwotnie pozyskanymi danymi - w tym dotyczącymi skuteczności doręczenia korespondencji.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przesyłanie PIT-11 drogą elektroniczną

Ja niżej podpisany/a **wyrażam/ nie wyrażam*** zgodę/y na przekazywanie mi przez Dolnośląską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław PIT-ów drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie poniżej adres e-mailowy:

.....@.....

adres mailowy (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....@.....

powtórz – adres mailowy (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Jednocześnie w razie zmiany adresu e-mail zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia DOIPiP we Wrocławiu o nowym adresie e-mail.

Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili odwołana. Wystarczy wysłać taką informację na adres e-mail: ksiegowosc@doipip.wroc.pl lub bezpośrednio złożyć wniosek w siedzibie DOIPiP we Wrocławiu.

***niewłaściwe skreślić**

 Podpis