



WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

WYPELNIŁA WNIOSKODAWCA	DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY		
	1. Nazwisko	2. Imię	3. Tel. kontaktowy
	4. Miejsce pracy		
	5. Adres zamieszkania		
	6. Adres urzędu skarbowego		
	NIP	Pesel	E - mail
	<p>Proszę o refundację kosztów poniesionych w związku z uczestnictwem w*.....</p> <p>.....</p> <p>który odbył się od.....do.....</p> <p>Do wniosku dołączam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dowód wpłaty (ORIGINAL)..... 2. Zaświadczenie o odbyciu /rodzaj szkolenia/..... <p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu niezbędnym dla realizacji refundacji</p> <p style="text-align: right;">.....</p> <p style="text-align: right;">podpis wnioskodawcy</p> <p>* Podać formę szkolenia, czas trwania, nazwę organizatora formy szkolenia</p>		
WYPELNIŁA ZAKŁAD PRACY	OŚWIADCZENIE ZAKŁADU PRACY WNIOSKODAWCY		
	<p>Pieczętka zakładu pracy</p> <p>Stwierdza się, że Pani/u potracą się składki członkowskie na konto Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie od dnia.....</p> <p>Podstawa prawna: Ustawa o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych z dnia 19.04.1991 pkt 4 (Dz.u. Nr.41) poz.178 z późniejszymi zmianami</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">data</p> <p style="text-align: right;">.....</p> <p style="text-align: right;">podpis i pieczętka osoby upoważnionej przez pracodawcę</p>		
WYPELNIŁA WNIOSKODAWCA	OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY		
	<p>Przyznaną kwotę refundacji proszę przekazać na moje osobiste konto:</p> <p>Nazwa banku:.....</p> <p>Numer konta wnioskodawcy:</p> <p style="text-align: right;">.....</p> <p style="text-align: right;">Podpis wnioskodawcy</p>		
	DECYZJA ZARZĄDU FUNDUSZU:		
- Przyznano / odmówiono / refundacji w kwocie.....		
Data.....			Podpis.....

