Załącznik nr 1 do Regulaminu

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Koszalinie, ul. Zwycięstwa 190
75-950 Koszalin

**WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY FINANSOWEJ**

**Dane osoby ubiegającej się o pomoc:**

Nazwisko i imię .....
Adres……
Nr telefonu……

PESEL | | | | | | | | | | |

☐ Pielęgniarka /Położna ☐
☐ Pielęgniarz /Położny

Miejsce i nazwa zakładu pracy w którym zatrudniona jest osoba wnioskująca: .....

.....

**Nazwa banku i numer konta**, na które ma być przekazana pomoc: …….

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

*(w przypadku niewypełnienia tego pola, pomoc pieniężna zostanie wypłacona w kasie Izby)*

**Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem przyznawania Pomocy Finansowej członkom OIP i P w Koszalinie, i że jestem świadoma/y skutków złożenia informacji i dowodów niezgodnych z prawdą.**

……
***Miejscowość, data i podpis wnioskodawcy***

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych (zgodnie z art. 9 ust. 2 lit.a)przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie w postępowaniu w sprawie przyznania zapomogi.**

……
***Miejscowość, data i podpis wnioskodawcy***

**Uzasadnienie wniosku** (należy wskazać fakt, z których wynika, że wniosek jest uzasadniony)

……..
***Miejscowość, data i podpis wnioskodawcy***

**Załączniki:**

1. .....
2. .....
3. .....

**POTWIERDZENIE ZAKŁADU PRACY LUB BIURA IZBY O REGULARNYM OPŁACANIU SKŁADEK CZŁONKOWSKICH (przez okres minimum 24 miesięcy) I NIEZALEGANIU W ICH OPŁACANIU, NA DZIEŃ POTWIERDZENIA**

……..  ……..
*Miejscowość, data*  *(pieczątka i podpis)*

---

## STANOWISKO KOMISJI SOCJALNEJ:

**Komisja Socjalna** na posiedzeniu w **dniu**…….……**pozytywnie** rozpatrzyła wniosek i zaproponowała pomoc

finansową w **kwocie**……..……zł

(słownie)……

**Na cel: leczniczy** */ inne zdarzenie losowe*

…..……
*podpis Przewodniczącej lub Wiceprzewodniczącej* ***Komisji Socjalnej***

---

**Komisja Socjalna** na posiedzeniu w **dniu**…….……**negatywnie** rozpatrzyła wniosek:

- niezgodność przedmiotu wniosku z regulaminem przyznawania zapomóg losowych –
- inna przyczyna odmowy. Komisja Socjalna zwróciła się do wnioskodawcy pisemnie o uzupełnienie wniosku o następujące dokumenty (wymienić) w załączeniu przesłała regulamin przyznawania zapomóg losowych:

……...……
…..... ……..……

…..……
*podpis Przewodniczącej lub Wiceprzewodniczącej* ***Komisji Socjalnej***