Załącznik do Regulaminu Łomża dnia ……………….

dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia

zawodowego członków OIPiP w Łomży

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁOMŻY**

1. Nazwisko i imię ……………………………………………….…………………………………..
2. Adres zamieszkania ………………………………………………..……………………..………
3. Telefon kontaktowy ……………………………………………………………………..……….
4. PESEL ……………………………………………………………………….……………..…….
5. Nr prawa wykonywania zawodu…………………………………………………………….…...
6. Urząd Skarbowy …………………………………………………...……………………….……
7. Miejsce pracy
8. Nazwa i adres zakładu pracy, telefon ……………….……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

1. Zajmowane stanowisko ……………………………………………………………………..
2. Proszę o dofinansowanie udziału w (rodzaj kształcenia) ...............………………………………

organizowanym przez ………………………………………………………………………….

w (miejscowość) …………………………..….. w terminie ……………………….…………

1. Koszty szkolenia wyniosły ……………………………………………………...…..

(słownie: …………………………………………………..…………………..……….)

1. Oświadczam, że składkę na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łomży odprowadzam regularnie i w wysokości określonej Uchwałą Nr 18 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016r.

………………………………………………………….

 (data i czytelny podpis)

1. Oświadczam, że znam regulamin dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego w OIPiP w Łomży i zobowiązuje się do jego przestrzegania oraz, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożone informacji niezgodnej z prawdą wynikającej z art.246 Kodeksu karnego.

………………………………………………………….

 (czytelny podpis)

1. Oświadczam, że kwotę przyznanej refundacji wykażę w rozliczeniu rocznym podatku od osób fizycznych za dany rok kalendarzowy (PIT 8C).

………………………………………………………….

 (czytelny podpis)

1. Oświadczam, że poniosłam/em pełną odpłatność i nie otrzymałam/em dofinansowania z innych źródeł.

………………………………………………………….

 (czytelny podpis)