

1. Dane personalne wnioskodawcy:

Numer konta bankowego:

[illegible]

Adres:

.....

☐ Zaświadczenie o opłacaniu składek członkowskich

1. Znana jest mi treść Regulaminu przyznania Bonusu Emeryckiego
2. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).
3. Znana jest mi treść Uchwały Nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionym przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury uzyskania pomocy socjalnej z OIPiP w Toruniu – zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Dz. U. UE.1.2016.119.1.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Pouczenie: Z opłacania składek członkowskich zwolnione są wyłącznie pielęgniarki, pielęgniarze, położne, położni, którzy zgłosili zaprzestanie wykonywania zawodu i złożyli we właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych oryginał PWZ. Zwolnienie z opłacania składek obowiązuje od dnia złożenia oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu.

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W TORUNIU

		Tak	Nie	Data	Podpis
sekretariat	Wniosek kompletny				
	Dyplom przygotowany				
	List wysłany				
rejestr	Decyzja emerytalna				
	Przerwa w zatrudnieniu				
	Dane wpisane do CRPiP				
księgowość	Składki uregulowane				
	Pit wystawiony				
	Przelew zrobiony				
sekretarz	Sprawa zakończona				