Załącznik do uchwały nr 911 ORPiP w Opolu z dnia 24 maja 2021r.

_____
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

W N I O S E K O ZWROT ZRYCZAŁTOWANYCH KOSZTÓW W KWOCIE 60 ZŁ Z TYTUŁU UCZESTNICTWA W PROTEŚCIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W WARSZAWIE W DNIU 12.05.2021

1. **IMIĘ I NAZWISKO** _____
2. **DATA URODZENIA** _____ **PESEL** _____
3. **NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU** _____
4. **ADRES ZAMIESZKANIA (kod pocztowy, miejscowość, ulica)** _____
   _____
5. **TELEFON KONTAKTOWY** _____ **EMAIL** _____
6. **NUMER KONTA BANKOWEGO**

7. **NAZWA I ADRES URZĘDU SKARBOWEGO:**

_____

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. **Oświadczam że uczestniczyła(em) w proteście Pielęgniarek i Położnych w Warszawie w dniu 12.05.2021r**
2. Oświadczam, że jestem świadomy (a) odpowiedzialności za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.
3. Świadomy/a odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z prawdą, w szczególności pozbawienia prawa korzystania z refundacji i pomocy udzielanych członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu

Data i Podpis wnioskodawcy: .....

Data i Podpis Skarbnika OIPiP w Opolu: .....
(zatwierdzenie do wypłaty)