



Numer PWZ

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

Numer Rejestru

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

Białe pola wypełnia wnioskodawca. Szare pola wypełnia biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW LECZENIA SANATORYJNEGO  
LUB REHABILITACYJNEGO NABYWAJĄCYM PRAWO DO EMERYTURY  
CZŁONKOM OIPIP W OPOLU**

**DANE OSOBOWE**

|                              |  |                    |  |
|------------------------------|--|--------------------|--|
| <b>PESEL</b>                 |  |                    |  |
| <b>NAZWISKO</b>              |  |                    |  |
| <b>IMIĘ</b>                  |  | <b>DRUGIE IMIĘ</b> |  |
| <b>NUMER KONTA BANKOWEGO</b> |  |                    |  |
| <b>NR TELEFONU</b>           |  |                    |  |
| <b>ADRES E-MAIL</b>          |  |                    |  |

**URZĄD SKARBOWY WŁAŚCIWY DO WYSTAWIENIA PIT-11**

|             |              |        |
|-------------|--------------|--------|
| Miejscowość | Województwo  | Powiat |
| Gmina       | Kod pocztowy | Ulica  |
| Nr budynku  | Nr lokalu    | Poczta |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

|             |              |        |
|-------------|--------------|--------|
| Miejscowość | Województwo  | Powiat |
| Gmina       | Kod pocztowy | Ulica  |
| Nr budynku  | Nr lokalu    | Poczta |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE JEŻELI JEST INNY OD POWYŻSZEGO ADRESU ZAMIESZKANIA

|             |              |        |
|-------------|--------------|--------|
| Miejscowość | Województwo  | Powiat |
| Gmina       | Kod pocztowy | Ulica  |
| Nr budynku  | Nr lokalu    | Poczta |

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

1. Zostałam/em poinformowana/y, że: Administratorem Danych będzie Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu, (45-123) ul. Budowlanych 44A, że przekazanie wyżej wskazanych danych jest dobrowolne oraz o celach przetwarzania danych osobowych oraz podstawie prawnej ich przetwarzania, prawnie uzasadnionych interesach realizowanych przez administratora, okresie, przez który dane osobowe będą przechowywane oraz kryteriach ustalania tego okresu, prawie do żądania od administratora dostępu do danych, które mnie dotyczą, prawie ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawie do przeniesienia danych, prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego;
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach niezbędnych do stosowania względem mnie Regulaminu refundacji kosztów leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego nabywającym prawo do emerytury członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu, w tym rozliczenia przyznanej refundacji oraz w celach archiwalno-statystycznych przez Administratora Danych;
3. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uzyskania refundacji kosztów rehabilitacji.

Miejscowość, data \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O SPEŁNIENIU O SPEŁNIENIU PRZESŁANEK, O KTÓRYCH MOWA W REGULAMINIE

1. Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.
2. Świadomy/a odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z prawdą, w szczególności pozbawienia prawa korzystania z refundacji przewidzianych Regulaminem refundacji kosztów leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego nabywającym prawo do emerytury członkom OIPIP w Opolu, oświadczam, iż opłacam składki członkowskie regularni i nie posiadam zaległości z tytułu opłacania składek za okres 5 lat kalendarzowych poprzedzających rok w którym składany jest niniejszy wniosek.  
Ponadto oświadczam, że nie złożyłam/em wniosku o przyznanie nagrody jubileuszowej z tytułu nabycia prawa do emerytury oraz nie wypłacono mi nagrody jubileuszowej z tytułu nabycia prawa do emerytury.
3. Oświadczam, że nie byłem/am ukarany/a przez Okręgowy (Naczelny) Sąd Pielęgniarek i Położnych lub sąd powszechny za popełnienie przestępstwa związanego z wykonywaniem zawodu.

Miejscowość, data \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O ZAKTUALIZOWANIU DANYCH

1. Wyrażam zgodę na aktualizację danych, zgodnie z art. 43 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2702 z późn. zm.), na podstawie niniejszego wniosku o refundację kosztów leczenia sanatoryjnego lub rehabilitacyjnego nabywającym prawo do emerytury.
2. Oświadczam również, że zobowiązuje się dostarczyć do biura OIPIP w Opolu **dotychczas niezaktualizowane kopie zaświadczeń, dyplomów, suplementów w ramach aktualizacji danych o wykształceniu.**
3. Oświadczam, że zobowiązuje się dostarczyć do biura OIPIP w Opolu **arkusze aktualizacyjne z dotychczas niezaktualizowanymi danymi dotyczące m.in: a) dane o zatrudnieniu b) dane osobowe z wymaganymi do tego załącznikami.**

Miejscowość, data \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O KOMPLETNOŚCI WNIOSKU

- Oświadczam, że niniejszy wniosek spełnia wymagania zawarte w regulaminie. Wniosek zawiera wymagane załączniki, tj.:
1. Kopia imiennego rachunku lub faktury potwierdzającej zakup świadczeń z zakresu fizjoterapii lub rehabilitacyjnej leczniczej;
  2. Jeżeli niniejsze nie wynika z powyższych dokumentów księgowych: dokumenty potwierdzające realizację zabiegów w podmiocie dziennym z podaniem rodzaju i liczby zabiegów lub, w przypadku ośrodka całodobowego okresu dni pobytu, rodzaju i liczby zabiegów;
  3. Kopia decyzja organu rentowego;
  4. Załącznik nr 3 lub nr 4 (w zależności od sposobu wpłaty składek) o odprowadzaniu składek członkowskich.

Miejscowość, data \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O ROCZNYM ROZLICZENIU PODATKU

Oświadczam, że wykażę przyznaną kwotę refundacji w rozliczeniu rocznym podatku od osób fizycznych za dany rok kalendarzowy (PIT 11).

Miejscowość, data \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

### SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK (ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE)

- składka płacona przez pracodawcę** – dodatkowo należy dostarczyć wniosek pracodawcy w celu wypełnienia załącznika nr 3 OŚWIADCZENIE PRACODAWCY o zatrudnieniu i opłaceniu składek członkowskich
- indywidualnie z tytułu umowy o pracę/stosunku służbowego lub umowy zlecenia** – dodatkowo należy uzupełnić załącznik nr 4 OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY o zatrudnieniu i opłaceniu składek członkowskich
- indywidualnie z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej** - dodatkowo należy uzupełnić załącznik nr 4 OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY o zatrudnieniu i opłaceniu składek członkowskich

**UWAGI PRACOWNIKA PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK**

\_\_\_\_\_  
(Data i podpis pracownika)

**POTWIERDZENIE REGULARNEGO I/LUB NIEPRZERWANEGO ODPROWADZANIA SKŁADEK  
CZŁONKOWSKICH**

Wnioskodawca **odprowadza\*/nie odprowadza\* regularnie\* i nieprzerwanie\*** składki na rzecz OIPiP w Opolu w okresie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.

**\*niepotrzebne skreślić**

Uwagi pracownika:

\_\_\_\_\_  
(Data i podpis pracownika)

**Uwagi pracownika weryfikującego wniosek przed posiedzeniem Komisji/Rady**

\_\_\_\_\_  
(Data i podpis pracownika)

**DECYZJA KOMISJI**

DECYZJA: Wnioskodawcy **PRZYZNANO\*** refundację w kwocie \_\_\_\_\_ zł słownie \_\_\_\_\_ zł /**NIE PRZYZNANO\*** refundacji z następującym uzasadnieniem: (\* niewłaściwe skreślić)

\_\_\_\_\_  
(Data posiedzenia Komisji)

Podpisy Członków Komisji

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**WYPŁATA ŚWIADCZENIA - WYPEŁNIA SKARBNIK ORPIP W OPOLU**

**ZATWIERDZENIE\*** ŚWIADCZENIA DO WYPŁATY: Wysokość przyznanego świadczenia w kwocie \_\_\_\_\_ zł słownie \_\_\_\_\_ zł

\_\_\_\_\_  
(Data zatwierdzenia do wypłaty)

\_\_\_\_\_  
(Podpis Skarbnika ORPIP w Opolu)

**NIE ZATWIERDZENIE\*** ŚWIADCZENIA Z NASTĘPUJĄCYM UZASADNIENIEM: (\* niewłaściwe skreślić)

\_\_\_\_\_  
(Data zatwierdzenia do wypłaty)

\_\_\_\_\_  
(Podpis Skarbnika ORPIP w Opolu)

Dodatkowe uwagi Skarbnika ORPIP w Opolu:

\_\_\_\_\_  
(Data i podpis Skarbnika ORPIP w Opolu)

DLA OSÓB ODPROWADZAJĄCYCH SKŁADKĘ ZA POŚREDNICTWEM PRACODAWCY

## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY o zatrudnieniu i opłacaniu składek członkowskich

\_\_\_\_\_  
*Pieczęć pracodawcy*

\_\_\_\_\_  
*Miejscowość i data*

Zaświadcza się, że Pani/Pan \_\_\_\_\_, nr PWZ \_\_\_\_\_,

od (RRRR/MM/DD) \_\_\_\_\_ do (RRRR/MM/DD) \_\_\_\_\_ jest

zatrudniona/y w \_\_\_\_\_  
*nazwa i adres pracodawcy*

na stanowisku \_\_\_\_\_.

Forma zatrudnienia: \_\_\_\_\_ Wymiar etatu: \_\_\_\_\_

Zaświadcza się, że \_\_\_\_\_  
*nazwa i adres pracodawcy*

regularnie opłaca składkę członkowską na rzecz OIPIP w Opolu

od (RRRR/MM/DD) \_\_\_\_\_ do (RRRR/MM/DD) \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
*(Data i podpis pracownika zakładu pracy)*

Uwaga! W przypadku, gdy:

- zakończono aktualny stosunek pracy;
- rozpoczął kolejny stosunek pracy (po nabyciu prawa do emerytury);

wnioskodawca jest zobowiązany do wypełnienia dodatkowo pierwszej części Załącznika Nr 4 niniejszego wniosku.

### Informacja o składce (należy zaznaczyć właściwe)

Składki zostały opłacane przez pracodawcę w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego i informacja za objęty okres została przesłana do OIPIP w Opolu w formie wykazu z informacją o wysokości składki.

Składki zostały opłacane przez pracodawcę w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego lecz informacja o wysokości indywidualnej składki za objęty okres nie została przesłana.

### Zaświadczenie o uzupełnieniu dokumentacji dot. składek i/lub przerw w opłacaniu składek

Zaświadczam, że w przypadku nie spełnienia powyższego kryterium w zakresie przesyłania informacji o wysokości potrąconej składki, zobowiązuje się dołączyć do niniejszego załącznika dokument zawierający dane o wysokości i okresie potrąconej i przekazanej składki. Ponadto zobowiązuje się dołączyć do niniejszego załącznika dokument zawierający przerwy w opłacaniu składek ze wskazaniem dokładnej daty rozpoczęcia (RRRR/MM/DD) oraz daty zakończenia (RRRR/MM/DD) danej przerwy w objętym okresie oraz powodu przerwy.

\_\_\_\_\_  
*(Data i podpis pracownika zakładu pracy)*

DLA OSÓB ODPROWADZAJĄCYCH SKŁADKĘ INDYWIDUALNIE

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

### o zatrudnieniu i opłacaniu składek członkowskich

NALEŻY ZAZNACZYĆ ORAZ WYPEŁNIĆ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM

Oświadczam, że ja niżej podpisana/y, posiadająca/y  
PWZ o numerze \_\_\_\_\_, **po nabyciu prawa do emerytury** jestem  
zatrudniona/y w \_\_\_\_\_ od (RRRR/MM/DD) \_\_\_\_\_  
do (RRRR/MM/DD) \_\_\_\_\_ na podstawie **um. o pracę/um. zlecenia/samozatrudnienia\***  
na stanowisku \_\_\_\_\_.

Przed nabyciem prawa do emerytury byłam/em zatrudniona w \_\_\_\_\_  
od (RRRR/MM/DD) \_\_\_\_\_ do (RRRR/MM/DD) \_\_\_\_\_ na podstawie  
**um. o pracę/um. zlecenia/samozatrudnienia\*** na stanowisku \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Data i podpis wnioskodawcy)

*\*niepotrzebne skreślić*

Oświadczam, że ja niżej podpisana/y, posiadająca/y  
PWZ o numerze \_\_\_\_\_, prowadzę  
**działalność gospodarczą/ indywidualną praktykę/grupową praktykę\*** :

\_\_\_\_\_ nazwa i adres działalności/indywidualnej lub grupowej praktyki

od (RRRR/MM/DD) \_\_\_\_\_ do (RRRR/MM/DD) \_\_\_\_\_

na stanowisku \_\_\_\_\_, o numerze NIP \_\_\_\_\_

oraz REGON: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Data i podpis wnioskodawcy)

*\*niepotrzebne skreślić*

#### INFORMACJA O OPŁACANEJ MIESIĘCZNEJ SKŁADCE W OKRESIE O KTÓRYM MOWA W REGULAMINIE

| OKRES 5 lat wstecz<br>OD (RRRR/MM/DD) DO (RRRR/MM/DD) | SAMOZATRUDNIENIE (0,75 % kwoty<br>przeciętnego wynagrodzenia) | UMOWA O PRACĘ/ZLECENIE (1%<br>kwoty wynagrodzenia zasadniczego) |
|---|---|---|
| od _____ do _____                                     | miesięcznie: _____ zł rocznie: _____ zł                       | miesięcznie: _____ zł rocznie: _____ zł                         |
| od _____ do _____                                     | miesięcznie: _____ zł rocznie: _____ zł                       | miesięcznie: _____ zł rocznie: _____ zł                         |
| od _____ do _____                                     | miesięcznie: _____ zł rocznie: _____ zł                       | miesięcznie: _____ zł rocznie: _____ zł                         |
| od _____ do _____                                     | miesięcznie: _____ zł rocznie: _____ zł                       | miesięcznie: _____ zł rocznie: _____ zł                         |
| od _____ do _____                                     | miesięcznie: _____ zł rocznie: _____ zł                       | miesięcznie: _____ zł rocznie: _____ zł                         |