*Załącznik Nr 2 do* *Regulaminu udzielania pomocy poszkodowanym na skutek powodzi 2024* *stanowiącego Załącznik do Uchwały Nr209/VIII/2024Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu z dnia 30 września 2024 r.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA WPŁYWU NUMER WNIOSKU MIEJSCOWOŚĆ I DATA

**W N I O S E K O PRZYZNANIE DOFINASOWANIA DO ZAKUPU SZCZEPIONEK**

# Część A – WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA - DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O DOFINANSOWANIE

1. **IMIĘ I NAZWISKO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU** |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **ADRES ZAMIESZKANIA (kod pocztowy, miejscowość, ulica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **ADRES DO KORESPONDENCJI (kod pocztowy, miejscowość, ulica**)\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* + wypełnić w przypadku, gdy adres zamieszkania jest inny, niż adres do korespondencji

1. **TELEFON KONTAKTOWY\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\***podanie nr. telefonu oraz adresu e-mail jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na ich wykorzystanie w celu kontaktu z wnioskodawcą

1. **NUMER KONTA BANKOWEGO**

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

1. **SPOSÓB OPŁACANIA SKŁADEK (właściwe zaznaczyć):**

 składka płacona przez pracodawcę lub indywidulanie z tytułu umowy o pracę (stosunku służbowego) – dodatkowo należy złożyć część A załącznika nr 1 do wniosku: *Oświadczenie wnioskodawcy* *o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę (stosunku służbowego) i opłacaniu składek członkowskich*

 indywidualnie (z tytułu działalności gospodarczej lub umowy zlecenia) – dodatkowo należy złożyć część B

załącznika nr 1 do wniosku: *Oświadczenie wnioskodawcy o opłacaniu comiesięcznych składek członkowskich  
 – z tytułu wykonywania zawodu poza stosunkiem pracy*

1. **DOKUMENTY DOŁĄCZONE DO WNIOSKU (właściwe zaznaczyć):**

dowód zakupu szczepionki



zaświadczenie o zaszczepieniu wnioskodawcy

wypełniona część A lub część B Załącznika nr 1 do wniosku o dofinansowanie zakupu szczepionek

inne (jakie)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10. UZASADNIENIENIE WNIOSKU**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

1. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności za złożenie informacji niezgodnych z prawdą.
2. Oświadczam, że nie byłem/am ukarany/a przez Okręgowy (Naczelny) Sąd Pielęgniarek i Położnych lub sąd powszechny za popełnienie przestępstwa związanego z wykonywaniem zawodu.

……………………… ……………………………………………

(data) **(podpis wnioskodawcy)**

**12. 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 w sprawie ochrony swoich danych osobowych mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danychpod adresem email: inspektor@oipip.opole.pl, że przekazanie wyżej wskazanych danych jest dobrowolne oraz o celu przetwarzania danych osobowych – którym jest realizacja prawidłowego wykonania zadań wynikających z Regulamin udzielania pomocy poszkodowanym na skutek powodzi 2024, oraz o podstawie prawnej ich przetwarzania, prawnie uzasadnionych interesach realizowanych przez administratora, okresie 7 letnim, przez który dane osobowe będą przechowywane począwszy od dnia wypłaty świadczeń, objętych niniejszym regulaminem lub odmowy ich przyznania (po upływie tego okresu są niszczone w sposób uniemożliwiający ich odtworzenie),o 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 udzielania pomocy poszkodowanym na skutek powodzi 2024, w tym rozliczenia przyznanego świadczenia 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 świadczenia.

……………………… ……………………………………………

(data**)**  **(podpis wnioskodawcy)**

# Część B – WYPEŁNIA PRACOWNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W OPOLU

**Uwagi:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**………………………………………………**

(data i podpis pracownika)

# Część C – WYPEŁNIA KOMISJA SOCJALNA PRZY OIPiP W OPOLU

**DECYZJA: Wnioskodawcy PRZYZNANO\* dofinansowanie do zakupu szczepionek**

**w kwocie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł**

**słownie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł**

**/NIE PRZYZNANO\* dofinansowania z następującym uzasadnieniem** (\**niewłaściwe skreślić)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PODPISY CZŁONKÓW KOMISJI:**

(data)

1. ……………………………………………………… 4. ………………………………………………………
2. ……………………………………………………… 5 . ………………………………………………………
3. ……………………………………………………… 6. ………………………………………………………

# Część D – WYPEŁNIA SKARBNIK OIPiP W OPOLU

**ZATWIERDZENIE ŚWIADCZENIA DO WYPŁATY:**

**Wysokość przyznanego świadczenia w kwocie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł**

**słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł**

**…………………………………… ………………………………………………**

(data zatwierdzenia do wypłaty) (pieczęć i podpis Skarbnika OIPiP w Opolu)

***Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie zakupu szczepionek***

……………………………………………..

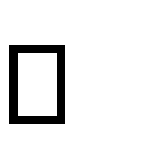
NUMER WNIOSKU (WYPEŁNIA OIPIP)

|  |
| --- |
| **A. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**  **o zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę (stosunku służbowego) i opłacaniu składek członkowskich**  (wypełnić w przypadku, gdy składka członkowska odprowadzana jest przez zakład pracy lub samodzielnie przez wnioskodawcę) |

Oświadczam, że ja niżej podpisana/y …………………………………………………………………….…………………...……

(imię i nazwisko)

nr PWZ :…………….…..……………….…… od dnia ………..…………………………do ……………………..…..…….……

1.  jestem/byłam zatrudniona/y w…………………………………………………………….………………………………..

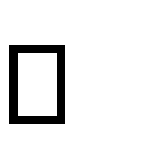
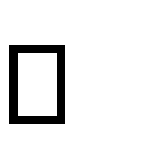
(nazwa pracodawcy)

……………………………………………………………………………………………………………………………….. ……. na stanowisku ………………………………………………………………………………………….…………….……………. Forma zatrudnienia: ……………..………………………………………. Wymiar etatu: ……………………..…………………

i regularnie opłacam składkę na rzecz samorządu od dnia ………………………. do …………………………………………..

*(okres powinien poprzedzać 2 lata przed złożeniem wniosku)*

**1. Informacja o składce:**

1. składki zostały opłacane przez pracodawcę w wysokości w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego i **informacja za okres objęty zaświadczeniem została przesłana do OIPiP w Opolu w formie wykazu z informacją o wysokości składki**
2. składki zostały opłacane przez pracodawcę w wysokości w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego lecz informacja o wysokości indywidualnej składki za okres objęty zaświadczeniem **nie została przesłana.**

W przypadku niespełnienia kryterium z punktu a) w zakresie przesyłania informacji o wysokości potrąconej składki należy wypełnić poniższe dane o wysokości potrąconej i przekazanej składki za okres objęty zaświadczeniem:

Uiszczane składki członkowskie w wysokości:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego: dotyczy okresu od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego: dotyczy okresu od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego: dotyczy okresu od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia zasadniczego: dotyczy okresu od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Przerwy w opłacaniu składek w okresie objętym oświadczeniem:**

* okres od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - powód:……………………………………….………………………………….
* okres od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - powód:……………………………………….………………………………….
* okres od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - powód:……………………………………….…………………………………..

Oświadczam, że jestem świadom/y odpowiedzialności za złożenie informacji niezgodnych z prawdą, w szczególności pozbawienia prawa korzystania z Regulaminu udzielania pomocy poszkodowanym na skutek powodzi 2024 oraz możliwości pozbawienia prawa korzystania z zapomogi przewidzianej Regulaminem udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

...................................................................................................................

(data podpis Wnioskodawcy)

……………………………………………..

NUMER WNIOSKU (WYPEŁNIA OIPIP)

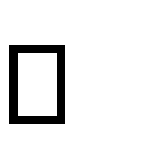
….…………………………………… (pieczęć pracodawcy) (miejscowość i data)

|  |
| --- |
| **B. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**  **o opłacaniu comiesięcznych składek członkowskich  – z tytułu wykonywania zawodu poza stosunkiem pracy** |

Oświadczam, że ja niżej podpisana/y …………………………………………………………………….…………………...……

(imię i nazwisko)

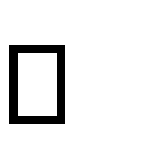
nr PWZ :…………….…..……………….……

1.  prowadzę działalność gospodarczą pod nazwą : …………………..………….…………….………………………………

…………………………………………………………... nr NIP……………………..……. REGON……………………………

**i regularnie opłacam składkę** na rzecz samorządu od dnia ……………………….………. do …………………………………..

(okres powinien poprzedzać 2 lata przed złożeniem wniosku)

1.  nie prowadzę działalności gospodarczej wykonując zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecania

**i regularnie opłacam składkę** na rzecz samorządu od dnia ……………………….………. do ………………………….. w wysokości:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia: dotyczy okresu od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia: dotyczy okresu od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł co stanowi 1 % kwoty wynagrodzenia: dotyczy okresu od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(okres powinien poprzedzać 2 lata przed złożeniem wniosku)

1. **Informacja o opłacanej miesięcznej składce w okresie** **dwóch lat przed złożeniem wniosku (dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą)**
   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł co stanowi 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia dotyczy okresu od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł co stanowi 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia dotyczy okresu od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł co stanowi 0,75 % kwoty przeciętnego wynagrodzenia dotyczy okresu od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Przerwy w opłacaniu składek w okresie objętym oświadczeniem:**

* + okres od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - powód:……………………………………….………………………….,
  + okres od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - powód:……………………………………….………………………….,
  + okres od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - powód:……………………………………….………………………….,

Oświadczam, że jestem świadom/y odpowiedzialności za złożenie informacji niezgodnych z prawdą, w szczególności pozbawienia prawa korzystania z Regulaminu udzielania pomocy poszkodowanym na skutek powodzi 2024 oraz możliwości pozbawienia prawa korzystania z zapomogi przewidzianej Regulaminem udzielania zapomóg członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

......................................................................................

(data i podpis wnioskodawcy)