

WNIOSEK
o refundację kosztów doskonalenia zawodowego
do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Ostrołęce

Wystawiony przez
(nazwisko i imiona członka samorządu)

Nr prawa wykonywania zawodu.....Nr rejestru w OIPi P w Ostrołęce.....

data urodzeniaPESEL.....NIP

adres zamieszkania

województwo powiat gmina

miejsowośćulica nr domu

urząd skarbowy – adres

I. 1. Proszę o refundację kosztów
(rodzaj kursu: kwalifikacyjny, specjalistyczny, doształcający)

.....
(dziedzina kursu)

organizowanego przez

w w terminie
(miejsowość)

Całkowity koszt kursu.....zł .Wpłata własna uczestnikazł.

2. Proszę o refundację kosztów konferencji.....

.....
(temat konferencji)

organizowanej przez

w w terminie
(miejsowość)

Opłata za konferencję.....zł Koszty przejazduzł.

Inne opłatyzł. Wpłata własna uczestnikazł

3. Proszę o refundację kosztów sympozjum.....

.....
(temat sympozjum)

organizowanego przez

w w terminie
(miejsowość)

Opłata za sympozjumzł Koszty przejazduzł

Inne kosztyzł Wpłata własna uczestnika.....zł

4. Proszę o refundację kosztów warsztatów szkoleniowych.....

.....

.....

(temat warsztatów)

organizowanych przez

w w terminie

(miejsowość)

Opłata za warsztaty szkoleniowezł koszty przejazduzł

Inne opłaty.....zł Wpłata własna uczestnikazł.

Ubiegam się o :

refundację kosztów

w wysokości zł

słownie zł:

Oświadczam, że jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającą z art. 247 Kodeksu Karnego.

✓ Kwotę przyznanej refundacji proszę przekazać na następujący numer rachunku bankowego:

• Konto organizatora.....

• Konto osobiste.....

✓ Kwotę przyznanej refundacji proszę wypłacić gotówką w biurze OIPiP*)

W załączeniu przedkładam:

1. zaświadczenie o odprowadzaniu składek członkowskich na rzecz OIPiP w Ostrołęce
2. zaświadczenie o zatrudnieniu na stanowisku zgodnym z dziedziną szkolenia
3. oryginał dowodu wpłaty za szkolenie
4. kserokopia ogłoszenia lub informacji o szkoleniu
5. inne.....

.....

(data, miejscowość)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Uwaga!

Przy ubieganiu się o wypłatę refundacji na konto osobiste w banku lub przy odbiorze wypłaty gotówkowej potrącany będzie 19% podatek dochodowy zgodnie z ustawą z dnia 26 lipca 1991 o podatku dochodowym od osób fizycznych

*) niepotrzebne skreślić

II. Adnotacje Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego

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

III. Decyzja: Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych / Prezydium ORPiP*

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

IV. Kwota przyznanej refundacji zł
Podatek 19% zł
Do wypłaty zł
Słownie zł:

Sprawdzono pod względem
merytorycznym

.....
(data, podpis)

Sprawdzono pod względem
formalnym i rachunkowym

.....
(data, podpis)

Zatwierdzono do wypłaty
na kwotę

.....
(data, podpis)

.....
* niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć zakładu pracy)

.....
(miejscowość, data)

Z A Ś W I A D C Z E N I E

Pan/i zam.
(imię i nazwisko) (adres)
jest zatrudniony/a w
(nazwa zakładu)
na stanowisku w oddziale
dlatego też wymagane/nie wymagane* jest uzupełnienie kwalifikacji w zakresie.....

..... z powodu:

- 1) wymogów stanowiska pracy wynikających z taryfikatora kwalifikacji zawodowych stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 29.03.1999 r. (Dz. U. Nr 30, poz. 300)*
- 2) restrukturyzacji zakładu pracy*
- 3) warunku zatrudnienia na ww. stanowisku pracy*

Zaświadczenie wydaje się na prośbę zainteresowanej/ego.

.....
podpis kierownika zakładu

Zaświadczenie jest ważne na okres 3 miesięcy od daty wystawienia

*) niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć zakładu pracy)

.....
(miejscowość, data)

Z A Ś W I A D C Z E N I E

Zaświadcza się, że
(nazwa zakładu pracy)
odprowadza w imieniu Pani/a zatrudnionej/ego w
..... naszego zakładu składki członkowskie na samorząd
(nazwa placówki)
zawodowy pielęgniarek i położnych w Ostrołęce. W ostatnich 12 miesiącach, tj. od
do odprowadzono składkę członkowską w kwocie złotych miesięcznie.

Zaświadczenie wydaje się na prośbę zainteresowanej/ego.

.....
podpis kierownika placówki

Zaświadczenie ważne jest na okres 3 miesięcy od daty wystawienia.