Załącznik Nr 2 do Uchwały nr 585/VII/2018 ORPiP w Kielcach z dnia 26 czerwca 2018r.

WNIOSEK

O PRZYZNANIE POMOCY KOLEŻEŃSKIEJ DLA CZŁONKA SAMORZĄDU W ZWIĄZKU ZE ŚMIERCIĄ WSPÓŁMAŁŻONKA/ DZIECKA

I. Dane personalne

1. Nazwisko

2.Imiona

3. Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)

4. Numer prawa wykonywania zawodu

II. Adres zamieszkania

5. Kod pocztowy 6. Miejscowość

7. Ulica

8. Numer domu 9. Numer mieszkania

10. Telefon

Proszę o przekazanie przyznanej kwoty zasiłku na nr konta bankowego:

……

……

(data i podpis wnioskodawcy)

III. Imię i Nazwisko Zmarłego ……..

Stopień Pokrewieństwa …… **Wiek dziecka** ……

Nr Aktu zgonu ……..

IV. Adres miejsca pracy:

12. Nazwa zakładu pracy

13. Kod pocztowy 14. Miejscowość

15. Ulica

16. Numer

V. Wypełnia zakład pracy

1. Pani/Pan …… opłaca regularnie składkę członkowską na rzecz Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach od dnia …….…… do……

……

pieczątka i podpis osoby upoważnionej

Podstawa do wypłaty:

Uchwała Nr 9 XXXIV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Kielcach z dn. 15 marca 2018 r.

Kwota przyznana do wypłaty .....

słownie złotych.....

…… ……

(Skarbnik) (Przewodnicząca)

Uwaga

Do wniosku należy dołączyć:

1.Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie przez ŚIPIP danych osobowych

2.Dokument potwierdzający naukę dziecka do 21 roku życia lub w przypadku kontynuowania nauki na wyższej uczelni 26 roku życia.