

**Wniosek
do Komisji Socjalnej przy OIPIP z siedzibą w Pile
o przyznanie zapomogi**

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (drukowanymi literami)			
Imię i nazwisko		Data urodzenia	
Adres zamieszkania:			
województwo	powiat		gmina
ulica, nr domu, nr lokalu			miescowosc
kod pocztowy	poczta		nr telefonu
Właściwy Urząd Skarbowy w		Nr NIP..... PESEL	
Miejsce pracy, nr telefonu			
WYPEŁNIA PRACODAWCA WNIOSKODAWCY			
Data <u>Zaświadczenie o opłacaniu składek</u> Zaświadcza się, że Pani/Pan od dnia opłaca obowiązkową miesięczną składkę (imię i nazwisko) na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych zgodnie z uchwałą Krajowego Zjazdu w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału. Podstawa prawna: ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 01 lipca 2011 r. art. 11 ust. 2 pkt. 4 (Dz. U.2021 r. poz. 628). Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia <u>Komisji Socjalnej</u> Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Pile ul. Motylewska 9. Podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez pracodawcę			

Dane dotyczące członków rodziny i innych osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe

Lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Miejsce pracy (nauki)

This image shows a full page of a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for writing. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Podpis wnioskodawcy

.....
podpis

Data..... Podpis.....