*Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr 219/VII/2017 ORPiP z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu przyznawania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie”.*

………………… ……………………………

(Data wpływu) (Miejscowość i data)

**Wniosek o przyznanie świadczenia w związku z przejściem na emeryturę**

**dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie**

**Część A.**

**Dane osoby której przysługuje świadczenie**

1. Imię i nazwisko…………………………………………………………………………….

2. Adres zamieszkania ………………………………………………………………………..

3.Powiat……………………………………………………………………………………….

4. PESEL ………………………………………………………………………………………

5. Seria i nr dowodu osobistego………………………..wydanego przez……………………. ………………………………………………………………………………………………....

6. Nr zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu …………………………………………

7. Adres Urzędu Skarbowego…………………………………………………………………..

8. Miejsce dotychczasowego zatrudnienia…………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

9. Telefon kontaktowy………………………………..E-mail……………………… …………

**Część B.**

**Wypełnia zakład pracy/ księgowość OIPiP w Krośnie/ osoba prowadząca indywidualną praktykę pielęgniarki lub położnej:**

………………………………….

(pieczątka zakładu pracy/ księgowości OIPiP w Krośnie/ osoby prowadzącej indywidualną praktykę pielęgniarki lub położnej)

**Pani / Pan** .............................................................................................................................

(imię i nazwisko)

opłaca składkę członkowską na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

od – do ............................................

(Podać datę )

…………………. ……………….……………

(Data) (Podpis osoby upoważnionej)

**Część C.**

Przyznaną kwotę świadczenia proszę przekazać na moje konto osobiste.

Numer konta osobistego………………………………………………………………………

**Część D.**

Oświadczam, prawdziwość powyższych danych.

**Wymagana dokumentacja.**

a) decyzja organu rentowego (ZUS) o przyznaniu emerytury.

………………………………………………

(Czytelny podpis wnioskodawcy)

**Część E.** (wypełnia Przewodnicząca ORPiP w Krośnie)

**Decyzja o przyznaniu świadczenia:**

1. Wnioskodawcy przyznano świadczenie w kwocie:………………………………………..

słownie: .....................................................................................................................................

2. Wnioskodawcy nie przyznano świadczenia / uzasadnienie/ ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………

*\* niewłaściwe skreślić*

………….. ………………………………………………………….

(Data) (Podpis Przewodniczącej ORPiP w Krośnie)

**Część F. (**wypełnia Skarbnik ORPiP w Krośnie)

Zatwierdzam przyznane świadczenie do wypłaty w kwocie: …………………………………. słownie: …………………………………………………………………………………………

……………………………………………….. ………………………………………….

(Data zatwierdzenia do wypłaty) (Podpis Skarbnika ORPiP w Krośnie)