*Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr 809/VII/2022 ORPiP z dnia 15 grudnia 2022 r. w sprawie zatwierdzenia*

*„Regulaminu dofinansowania kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie”*

**W N I O S E K**

**o dofinansowanie kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych****dla członków OIPiP w Krośnie**

1. **Nazwisko i imię .........................................................................................................**
2. **Numer zaświadczenia o Prawie Wykonywania Zawodu …………………………**
3. **Miejsce zamieszkania ...............................................................................................**
4. **Właściwy Urząd Skarbowy:** **.....................................................................................**
5. **Telefon kontaktowy ...................................................................................................**
6. **Miejsce zatrudnienia .................................................................................................**
7. **Oświadczam, że jestem członkiem OIPiP w Krośnie.**
8. **Proszę o dofinansowanie kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych.**
9. **Dołączyć dokumenty potwierdzające fakt poniesienia kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych.**
10. **Przyznane dofinansowanie proszę przekazać na rachunek bankowy o nr.:**

**…………………………………………………………………………………….**

**.................................................................... …………………………………..**

**/data/ / podpis wnioskodawcy /**

1. **Wypełnia zakład pracy/ księgowość OIPiP w Krośnie:**

……….……………………………….

(pieczątka zakładu pracy/ księgowości OIPiP w Krośnie)

**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)

1. **Propozycja Komisji Finansowo- Socjalnej**
2. Wnioskodawcy przyznano dofinansowanie.
3. Wnioskodawcy nie przyznano dofinansowanie /uzasadnienie/

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

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

Podpisy członków Komisji Finansowo- Socjalnej

1. **Decyzja Prezydium ORPiP/ ORPiP**

Uchwała Nr ………………… z dnia ……………………. w sprawie przyznania dofinasowania.

…………………………… ……………………….. …………………………….

Data zatwierdzenia Skarbnik ORPiP w Krośnie Przewodnicząca ORPiP w Krośnie