

2. Adres do przekazania informacji dotyczącej rozpoznania wniosku* (**):

* zaznaczyć właściwe pole

na adres e-mail:

na adres zamieszkania wskazany w pkt 1

na inny adres:.....

(**) informacja przedstawiana będzie wyłącznie w przypadku ewentualnego negatywnego rozpoznania wniosku.

3. Oświadczenia:

1) *Oświadczam, że wcześniej nie otrzymałam/em od OIPiP w Łodzi refinansowania zakupu odzieży medycznej i obuwia medycznego dla członków OIPiP w Łodzi z okazji XXXV lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.*

2) *Znana jest mi treść Regulaminu refinansowania zakupu odzieży medycznej i obuwia medycznego dla członków OIPiP w Łodzi. z okazji XXXV lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.*

3) *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury przyznania świadczenia emerytalnego.*

.....

data, czytelny podpis imieniem i nazwiskiem

Załączniki:

- **paragon/rachunek/faktura** zakupu odzieży medycznej/obuwia medycznego zawierająca określenie: **odzież medyczna/obuwie medyczne, odzież/obuwie ochronne/robocze.**

(faktury wystawione na działalność gospodarcza nie będą uwzględniane)

WYPEŁNIA OIPiP w Łodzi

- *odzież/obuwie zostały nabyte w terminie wskazanym w § 1 ust 3 Regulaminu;*
- *wniosek został złożony w terminie o którym mowa w § 1 ust 4 Regulaminu;*
- *na dzień złożenia wniosku wnioskodawca nie ma zaległości w opłacaniu składki członkowskiej na rzecz OIPiP w Łodzi (3 lata).*

.....
data i podpis upoważnionego pracownika Biura OIPiP w Łodzi

- **Na dzień złożenia wniosku wnioskodawca pozostaje członkiem OIPiP w Łodzi od co najmniej 6 miesięcy.** Ewentualnie – nie upłynął jeszcze okres 6 miesięcy, ale wnioskodawca od stwierdzenia lub przyznania prawa wykonywania zawodu nieprzerwanie pozostaje członkiem OIPiP w Łodzi;

.....
data i podpis upoważnionego pracownika Biura OIPiP w Łodzi

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi /niepotrzebne skreślić/:

- **przyznała refinansowanie odzieży/obuwia medycznego, odzieży/obuwia ochronnego/roboczego w kwocie zł brutto.**
- **odmówiła przyznania refinansowania odzieży/obuwia medycznego, odzieży/obuwia ochronnego/roboczego:**

Uzasadnienie:

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

.....
Data i podpis Sekretarza ORPiP w Łodzi