

WNIOSEK O REFUNDACJĘ POBYTU REHABILITACYJNEGO*

**za pobyt rehabilitacyjny rozumie się wszelkie pobyty sanatoryjne, rehabilitacyjne, jak również turnusy z elementami fizjoterapii – bez względu na czas trwania – finansowane wyłącznie ze środków własnych uczestnika.*

** wnioskodawca musi pozostać członkiem OIPiP w Łodzi minimum 5 lat i przez ten czas regularnie opłacać składkę członkowską.*

*** OBOWIĄZKOWO NALEŻY WYPEŁNIC CZĘŚCI I – IV WNIOSKU**

I. DANE WNIOSKODAWCY

.....
imię i nazwisko

nr prawa wykonywania zawodu	data urodzenia
-----------------------------	----------------

.....
adres zamieszkania (ulica, kod pocztowy, miasto)

II. POBYT REHABILITACYJNY

..... nazwa ośrodka

.....
adres (ulica, kod pocztowy, miejscowość)

..... czas trwania pobytu

UWAGA: DO WNISOKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ DOKUMENTY:

- wystawione **na wnioskodawcę** **oryginal** rachunku/faktury potwierdzające koszty poniesione na pobyt rehabilitacyjny (i zabiegi) przez **wnioskodawcę**;
- dowód opłacenia faktury/rachunku przez wnioskodawcę.

III. DANE URZĘDU SKARBOWEGO

Refundacja pobytu rehabilitacyjnego podlega opodatkowaniu – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa

Identyfikator podatkowy (PESEL albo NIP):

PESEL (wypełniają Wnioskodawcy nie prowadzący działalności gospodarczej)

NIP (wypełniają Wnioskodawcy prowadzący działalność gospodarczą)

Urząd skarbowy do rozliczeń podatkowych

Adres urzędu skarbowego (ulica, kod miejscowość)

IV. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przysyłanie korespondencji ORPiP w Łodzi w przedmiocie rozpoznania niniejszego wniosku o dofinansowanie pocztą elektroniczną na

adres e-mail:

(uzupełnić wyłącznie w przypadku, gdy wnioskodawca wyraża zgodę na otrzymywanie korespondencji w formie e-mail).

2. PROSZĘ O PRZEKAZANIE PRZYZNANEJ KWOTY NA MOJE KONTO NR:

[illegible]

3. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Refinansowania Pobytu Sanatoryjnego/Rehabilitacyjnego z Elementami Fizjoterapii obowiązującym w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w Łodzi i zobowiązuje się do jego przestrzegania. **Pobyt rehabilitacyjny nie był sfinansowany w całości lub w jakiegokolwiek części przez inny podmiot, w szczególności pracodawcę, ze środków UE, ZUS, KRUS, NFZ.**

4. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO i RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (RODO) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Dane będą przetwarzane na potrzeby rozpoznania i realizacji wniosku o refundację pobytu rehabilitacyjnego zgodnie Uchwałą Nr 999/VIII/2025, z dnia 21 maja 2025r. w sprawie Regulaminu refinansowania pobytu/wyjazdu sanatoryjnego/rehabilitacyjnego z elementami fizjoterapii członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Zakres przetwarzania obejmuje wszystkie dane wymienione w przedmiotowym Wniosku.

.....
Data i czytelny podpis Wnioskodawcy

Załączniki:

- wystawione na wnioskodawcę oryginał rachunku/faktury potwierdzające koszty poniesione na pobyt rehabilitacyjny (i zabiegi) przez wnioskodawcy;

- dowód opłacenia faktury/rachunku przez wnioskodawcę.

WYPEŁNIA PRACOWNIK OIPiP W ŁODZI

.....
**1. Data poprzedniego refinansowania z OIPiP w Łodzi do pobytu rehabilitacyjnego (dzień
zakończenia pobytu rehabilitacyjnego)**

.....
Data, pieczętka i podpis upoważnionego pracownika

2. Wnioskodawca opłacał składki w okresie wymaganym przez Regulamin:

TAK * NIE* (*) właściwe zakreślić

Uwagi:.....
.....

.....
Data, pieczętka i podpis upoważnionego pracownika

3. Kompletność danych i dokumentów:

TAK * NIE* (*) właściwe zakreślić

Stwierdzone braki formalne:

.....
.....

Uzupełnienie braków do dnia

Wezwanie do uzupełnienia:

- pismo z dnia

- braki uzupełnione w dniu (data nadania pisma)

.....
Data, pieczętka i podpis upoważnionego pracownika

4. DECYZJA PORPiP / ORPiP W ŁODZI

Decyzja ORPiP / PORPiP (*) właściwe zakreślić

Uchwała Nr PORPiP/ ORPiP z dnia.....

☐ przyznano refinansowanie w wysokości:

.....

☐ odmowa

.....
Sekretarz ORPiP w Łodzi