

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)	
	telefon

II. POBYT REHABILITACYJNY

.....
nazwa ośrodka

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

..... czas trwania pobytu

UWAGA: DO WNISOKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ DOKUMENTY:

- wystawione na wnioskodawcę oryginał 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.