

WNIOSEK

o gratyfikację emerytalną udzielaną przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu

1. Dane wnioskodawcy:

Imię:	Nazwisko:
NIP:	Pesel:
Nr telefonu:	

2. Adres zamieszkania:

Województwo:		Powiat:	
Gmina:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Poczta:	

3. Adres do korespondencji - gdy nie jest tożsamy z adresem zamieszkania (na potrzeby przesłania PIT)

Województwo:		Powiat:	
Gmina:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Miejscowość:		Kod pocztowy:	Poczta:

4. Oświadczenie do celów podatkowych:

Nazwa i adres Urzędu Skarbowego do którego adresowana jest informacja o dochodach:

5. Przyznana kwotę odbiorę osobiście w kasie OIPiP/ proszę przekazać na moje konto osobiste:¹

[illegible]

6. Oświadczam, że przeszedłem/em na emeryturę z dniem:

				—			—		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb OIPiP w Kaliszu.

Data

Czytelny podpis

¹ niewłaściwe skreślić