

WNIOSEK

o udzielenie pomocy finansowej przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu

1. Dane wnioskodawcy:

Imię:	Nazwisko:
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:

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

4. Nazwa i adres zakładu pracy:

--

5. Potwierdzenie zakładu pracy o płaceniu składek na rzecz OIPiP w Kaliszu od (rok, miesiąc):

--

6. Dane dotyczące członków rodziny i innych osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień Pokrewieństwa	Data Urodzenia	Miejsce pracy (nauki)

a) rodziny b) na jedną osobę

9. Uzasadnienie wniosku:

Data

Podpis

Data

Podpis

Data

Podpis

Data

Podpis

Nazwa banku:

Nr rachunku osobistego:

[illegible]

UWAGA! Zgodnie z § 8 Regulaminu udzielania pomocy finansowej członkom OIPiP nie podjęcie przez wnioskodawcę przyznanej pomocy finansowej w ciągu 30 dni od daty jej przyznania spowoduje cofnięcie decyzji o jej udzieleniu.

Data

Czytelny podpis

¹ niewłaściwe skreślić