*Załącznik „Regulaminu przyznawania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie”*

………………… ……………………………

(Data wpływu) (Miejscowość i data)

**Wniosek o przyznanie świadczenia w związku z przejściem na emeryturę**

**dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie**

**Część A.**

**Dane osoby której przysługuje świadczenie**

1. Imię i nazwisko…………………………………………………………………………….

2. Adres zamieszkania ………………………………………………………………………..

3.Powiat……………………………………………………………………………………….

4. PESEL………………………………………………………………………………………

5. Seria i nr dowodu osobistego………………………..wydanego przez……………………. ………………………………………………………………………………………………....

6. Nr zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu …………………………………………

7. Adres Urzędu Skarbowego…………………………………………………………………..

8. Miejsce dotychczasowego zatrudnienia…………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

9. Telefon kontaktowy………………………………..E-mail…………………………………

**Część B.**

**Wypełnia zakład pracy/ księgowość OIPiP w Krośnie/ osoba prowadząca indywidualną praktykę pielęgniarki lub położnej:**

………………………………….

(pieczątka zakładu pracy/ księgowości OIPiP w Krośnie/ osoby prowadzącej indywidualną praktykę pielęgniarki lub położnej)

**Pani / Pan** .............................................................................................................................

(imię i nazwisko)

opłaca składkę członkowską na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

od – do ............................................

(Podać datę )

…………………. ……………….……………

(Data) (Podpis osoby upoważnionej)

**Część C.**

Przyznaną kwotę świadczenia proszę przekazać na moje konto osobiste.

Numer konta osobistego………………………………………………………………………

**Część D.**

Oświadczam, prawdziwość powyższych danych.

**Wymagana dokumentacja.**

a) decyzja organu rentowego (ZUS) o przyznaniu emerytury.

………………………………………………

(Czytelny podpis wnioskodawcy)

**Część E.** (wypełnia Przewodnicząca ORPiP w Krośnie)

**Decyzja o przyznaniu świadczenia:**

1. Wnioskodawcy przyznano świadczenie w kwocie:………………………………………..

słownie: .....................................................................................................................................

2. Wnioskodawcy nie przyznano świadczenia / uzasadnienie/ ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………

*\* niewłaściwe skreślić*

………….. ………………………………………………………….

(Data) (Podpis Przewodniczącej ORPiP w Krośnie)

**Część F. (**wypełnia Skarbnik ORPiP w Krośnie)

Zatwierdzam przyznane świadczeniedo wypłaty w kwocie: …………………………………. słownie: …………………………………………………………………………………………

……………………………………………….. ………………………………………….

(Data zatwierdzenia do wypłaty) (Podpis Skarbnika ORPiP w Krośnie)

**WNIOSEK AKTUALIZACYJNY**

**IMIĘ I NAZWISKO**…………………………………………………………………….

**ADRES ZAMIESZKANIA**………………………………………………………………

PESEL……………………………………………………………………………

TELEFON……………………………………………………..............................

E-MAIL…………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NR ZAŚWIADCZENIA O PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**POPRZEDNIE ZATRUDNIENIE***(PRZED PRZEJŚCIEM NA EMERYTURĘ)*

NAZWA ZAKŁADU PRACY………………………………………………….

ADRES ZAKŁADU PRACY……………………………………………………

DATA ZATRUDNIENIA OD ………………… ………DO…………………..

(DZIEŃ/ MIESIĄC/ROK) (DZIEŃ/ MIESIĄC/ ROK)

**FORMA ZATRUDNIENIA** \* ………………………………………………….

**OBECNE ZATRUDNIENIE***(W TRAKCIE EMERYTURY)*

NAZWA ZAKŁADU PRACY………………………………………………….

ADRES ZAKŁADU PRACY…………………………………………………..

DATA ZATRUDNIENIA OD ………………………..DO…………………….

(DZIEŃ/ MIESIĄC/ROK) (DZIEŃ/ MIESIĄC/ ROK)

FORMA ZATRUDNIENIA \* ………………………………………………………

**DATA ROZPOCZĘCIA EMERYTURY OD**…………………………….

(DZIEŃ/ MIESIĄC/ ROK)

…………………………..

**PODPIS PIELĘGNIARKI/ POŁOŻNEJ**

\***RODZAJE FORM ZATRUDNIENIA**- UMOWA O PRACĘ, STOSUNEK SŁUŻBOWY, UMOWA CYWILNOPRAWNA, WOLONTARIAT, PRAKTYKI ZAWODOWE