

**Wniosek nieczytelnie, niepoprawnie, niedokładnie wypełniony, bez kompletu załączników - nie będzie rozpatrywany.**

**Wniosek w sprawie skierowania i pełnego sfinansowania udziału w konferencji, zjeździe, symposium, seminarium i innych formach doskonalenia zawodowego**

.....  
Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.....  
Miejscowość, data

.....  
Adres zamieszkania z kodem pocztowym, telefon

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
91- 762 Łódź, ul. Emilii Plater 34**

Proszę o skierowanie do udziału w konferencji, zjeździe, symposium, seminarium i inne, na temat:  
(\*)

.....  
planowanej w dniu / dniach ..... w .....  
( miejscowość )

niżej wymienioną/e osobę/y

.....  
wskazana/e osoba/y będzie/ą uczestnikiem/ami biernym/i / czynnym/i (\*) i zaprezentują pracę  
nt.....

Uzasadnienie wniosku:

.....  
podpis przewodniczącej organu, komisji, zespołu lub wnioskodawcy,  
wnioskodawców indywidualnych

W załączeniu:

1) Planowane wystąpienie nt.:

.....  
(tekst ostateczny lub streszczenie )  
.....

(\* ) właściwe zakreślić

Załącznik Nr 3 do Uchwały Nr 862/VI ORPiP z dnia 8 października 2013 r. w sprawie zasad dofinansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego

**Rozliczenie nieczytelnie, niepoprawnie, niedokładnie wypełnionv, bez kompletu załączników - nie będzie wypłaconv**

**ROZLICZENIE PONIESIONYCH KOSZTÓW W ZWIĄZKU Z UCZESTNICTWEM W KONFERENCJI, ZJEŹDZIE, SYMPOZJUM, SEMINARIUM I INNYCH FORMACH DOSKONALENIA ZAWODOWEGO**

(WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

WYPEŁNIA WNIOSKOWAWCA:

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Miejscowość, data

.....  
Adres zamieszkania z kodem pocztowym,

.....  
członek/organu, komisji, zespołu itp.

.....  
nazwa konferencji, zjazdu, sympozjum, seminarium i innej formy doskonalenia zawodowego

.....  
czas trwania konferencji, zjazdu, sympozjum, seminarium i innej formy doskonalenia zawodowego od – do / dzień, miesiąc, rok

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
91- 762 Łódź, ul. Emilii Plater 34**

**WNOSZE O ZWROT KOSZTU:**

**1) uczestnictwa  2) dojazdu  3) zakwaterowania**

(WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ „X”)

**Załączniki:**

1. zaświadczenie o uczestnictwie: (kopia zaświadczenia potwierdzona za zgodność z oryginałem)
2. rachunek, faktura (oryginał) za uczestnictwo nr .....
3. rachunek, faktura (oryginał) za zakwaterowanie nr .....
4. bilety PKS, PKP, BUS a w przypadku braku biletów proszę o wypełnienie zamieszczonego poniżej oświadczenia:

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:**

**Oświadczam, że przejazd PKP II klasa, PKS (BUS) na trasie:**

od ..... do ..... kosztuje ..... zł.

od ..... do ..... kosztuje ..... zł.

od ..... do ..... kosztuje ..... zł.

od ..... do ..... kosztuje ..... zł.

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.**

.....  
**data**

.....  
**czytelny podpis wnioskodawcy**

