



.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**OŚWIADCZAM, IŻ ZNAM REGULAMIN UDZIELANIA POMOCY FINANSOWEJ CZŁONKOM OKRĘGOWEJ IZBY PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH WE WŁOCŁAWKU I ZOBOWIAZUJĘ SIE DO JEGO PRZESTRZEGANIA I WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH DLA POTRZEB KOMISJI SOCJALNEJ OIPIP WE WŁOCŁAWKU.**

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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).

***Informacja o administratorze danych***

- 1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174 poz. 1039 z późn. zm.).*
- 2. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Włocławku.*
- 3. Adres siedziby administratora danych : 87-800 Włocławek, ul. Dziewińska 17.*

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Numer konta bankowego:**

.....  
**Załączniki do wniosku:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)