

WNIOSEK O WYPŁACENIE JEDNORAZOWEJ GRATYFIKACJI EMERYTALNEJ CZŁONKÓW OIPIP W KATOWICACH

Imię i nazwisko:
Numer prawa wykonywania zawodu: PESEL:
Adres do korespondencji:
Numer telefonu:
Numer konta bankowego:

Potwierdzenie odprowadzania składki członkowskiej na rzecz samorządu:

(sekcja płac/księgowość w zakładzie pracy, dowody wpłaty, księgowość OIPIP w Katowicach)

Pan/Pani regularnie
opłaca składkę na rzecz samorządu od (data)

.....
/pieczętka i podpis osoby upoważnionej/

Wypełnia pielęgniarka/położna indywidualnej lub grupowej praktyki.

Oświadczam, że składkę na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach odprowadzam regularnie i w wysokości określonej Uchwałą nr 18 i 22/VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 roku (tekst jednolity Uchwała 18 i 22 VII KZPiP z dnia 1.02.2016 roku) w sprawie wysokości składki członkowskiej od dnia

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

Oświadczam, że:

- 1) znam treść Regulaminu przyznawania jednorazowej gratyfikacji emerytalnej w związku z przejściem na emeryturę Członków OIPIP w Katowicach i obowiązuję się do przestrzegania go,
- 2) wywiązuję się z wszystkich zobowiązań wobec tut. Okręgowej Izby (m.in. opłacam składki, reguluję raty pożyczki),
- 3) wniosek o przyznanie jednorazowej gratyfikacji emerytalnej w związku z przejściem na emeryturę składam po raz pierwszy.
- 4) jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z art. 246 Kodeksu Karnego.

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o konieczności rozliczenia dochodu z przyznanego świadczenia w swoim rocznym zeznaniu podatkowym.

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

Załączniki:

- 1) kopię decyzji o przyznaniu prawa do emerytury organu rentowego - Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,*
- 2) zaświadczenie z zakładu pracy o opłacaniu składek członkowskich lub*
- 3) dokumenty potwierdzające uprawnienie zwalnijące z opłacania składek, w przypadku osób, które zwolnione są z obowiązku opłacania składki członkowskiej.*

Informacja

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, z siedzibą przy ul. Francuskiej 16, 40-027 Katowice, tel.32-209-04-15
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, kontakt: iod@zibapiel.katowice.pl, tel: 32-209 04 15 wew.31
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu niezbędnym do realizacji wniosku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b,c RODO
4. dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim, odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 3 lat od dnia wypłaty gratyfikacji, po upływie tego okresu będą niszczone w sposób uniemożliwiający ich odtworzenie.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne z uwagi na konieczność realizacji zadań wynikających z ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych (art. 4 ust. 2 pkt. 15).