

..... Zielona G6ra., dnia

imię i nazwisko

.....
Numer PWZ

.....
adres zamieszkania zgłoszony do US

.....
tel. kontaktowy

Komisja Socjalna
Okręgowej Rady Lekarskiej w Zielonej G6rze

Wniosek o wypłatę zasilku z tyt. bonu szczepionkowego

Zwracam się z prośbą o wypłacenie bonu szczepionkowego

W załączeniu przedkładam kopię imiennej faktury dokumentującej zakup

Zgodnie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do cel6w związanych z przyznaniem powyższego świadczenia przez Komisję Socjalną i Okręgową Radę Lekarską w Zielonej G6rze.

.....
Podpis

Nr rachunku bankowego.....

Urząd Skarbowy

Pesel

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922) informujemy, ze:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Okręgową Izba Lekarska w Zielonej G6rze ul. Batorego 71 65-735 Zielona G6ra
2. Pani/ Pana <lane osobowe przetwarzane byd4 w celu przyznawania świadczeń socjalnych i nie będą udostępniane innym podmiotom.
3. Posiada Pan/ Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne.

*niepotrzebne skreślić