**W N I O S E K**

 **O D O F I N A N SO W A N I E K U R S Ó W I S Z K O L E Ń**

**/w okresie do 10 lat od ukończenia stażu podyplomowego /**

1.Nazwisko i imię………………………………………………………………………………………….

2.Nr konta ……………………………………………………………………………………………………

3.Pesel …………………………………………………………………………………………………………

4.Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………..

5.Adres zameldowania…………………………………………………………………………………

6.Urząd Skarbowy ………………………………………………………………………………………..

W załączeniu:

1.Faktura za kurs /kserokopia/

Oświadczam, że wywiązuję się na bieżąco z obowiązku opłacania składek na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze.

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

1.Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze ul. Batorego 71 65-735 Zielona Góra.

2.Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznawania świadczeń socjalnych, nie będą udostępniane innym podmiotom

3.Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania

……………………………….. ……………………………………………..

 Data złożenia Podpis i pieczątka lekarza