

W N I O S E K

**O dofinansowanie szkoleń , kursów od 6 lat od ukończenia stażu
podyplomowego dla lekarzy i lekarzy dentystów , którzy nie odbywają
szkolenia specjalizacyjnego/ bon szkoleniowy/**

1.Nazwisko i imię.....

2.Nr konta

3.Pesel

4.Adres zamieszkania

5.Adres zameldowania.....

6.Urząd Skarbowy

W załączeniu:

1.Faktura za kurs , szkolenie , zakwaterowanie/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 pieczęć lekarza