

W N I O S E K

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

1.Nazwisko i imię.....

2.Nr konta

3.Pesel

4.Adres zamieszkania

5.Adres zameldowania.....

6.Urząd Skarbowy

W załączeniu:

1.Potwierdzenie odbycia szkolenia /kursu wraz z dokumentem potwierdzającym koszt kursu/szkolenia poniesiony przez lekarz /lekarza dentystę.

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