

WNIOSEK o refundację doskonalenia zawodowego	
IMIONA I NAZWISKO	
NUMER PWZ	
DANE KONTAKTOWE	Telefon : Adres e-mail:
DANE EWIDENCYJNE	Ulica/nr domu: Miejscowość/kod pocztowy: Województwo: Urząd Skarbowy: PESEL:
DANE DO CELÓW ROZLICZENIOWYCH	Nazwa banku: Nr rachunku*: *musi być 26 cyfr
OPIS SPECJALIZACJI	☐ w trakcie specjalizacji ☐ specjalista Specjalizacja:
MIEJSCE PRACY	☐ placówka prywatna ☐ placówka publiczna ☐ ambulatorium ☐ szpital
OPIS PRZEDMIOTU REFUNDACJI	Całkowita wnioskowana kwota refundacji BRUTTO:
	Tytuł podręcznika lub formy doskonalenia zawodowego:
	Miejsce szkolenia, jeśli dotyczy:
	Okres szkolenia, jeśli dotyczy:
UZASADNIENIE * (*uzasadnienie wniosku jest fakultatywne)	

Oświadczam, że dopełniłem obowiązku doskonalenia zawodowego, uzyskując wymaganą liczbę punktów w obecnym okresie rozliczeniowym.

☐ Tak

☐ Nie

Oświadczam, że nie korzystałam/em z innej formy pomocy finansowej celem sfinansowania, dofinansowania lub refundacji formy doskonalenia zawodowego, o której refundację ubiegam się niniejszym wnioskiem.

☐ Tak

☐ Nie

Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku dopełniłam/em obowiązku aktualizacji danych w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów, a **podane przeze mnie dane adresowe i kontaktowe są aktualne.**

☐ Tak

☐ Nie

Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku nie posiadam zaległości składkowych.

☐ Tak

☐ Nie

Ponadto, oświadczam, że:

- nie jestem ukarana/y prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego
- karami określonymi w art. 83 ust. 1 pkt 1-7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich;
- moje prawo wykonywania zawodu lekarza lub prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty nie zostało zawieszone na mocy właściwej rady lekarskiej, właściwa rada lekarska nie orzekła wobec mnie zakazu wykonywania określonych czynności medycznych;
- sąd powszechny nie orzekł wobec mnie środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu lekarza lub zakazu wykonywania zawodu lekarza dentysty, a także nie zastosowano wobec mnie środka zapobiegawczego w postaci zawieszenia w wykonywaniu zawodu lekarza lub lekarza dentysty;

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za przedstawienie nieprawdziwych informacji.

☐ Tak

☐ Nie

ZAŁĄCZNIKI:

a) faktury imienne wystawione tytułem danej formy doskonalenia zawodowego;

b) certyfikat lub inny dokument potwierdzający realizację danej formy doskonalenia zawodowego.*

**nie dotyczy podręczników lub innych materiałów związanych z realizacją prawa i obowiązku doskonalenia zawodowego.*

(miejscowość, data, czytelny podpis)

Klauzula informacyjna RODO

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż administratorem Państwa danych osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie ul. Puławska 18, 02-512 Warszawa.

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania o przyznanie refundacji doskonalenia zawodowego, wypłaty i rozliczenia refundacji, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO a w przypadku jej przyznania, również w celach finansowo – księgowych na podstawie art.6 ust 1 lit c RODO. Podanie danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym jest dobrowolne, stanowi jednak wymóg przyznania refundacji doskonalenia zawodowego i jest konieczne do jej wypłaty i rozliczenia.

Okres przetwarzania danych

Podane przez Państwa dane osobowe będą przechowywane jedynie przez okres niezbędny tj.:

1. w przypadku osób, którym nie została przyznana refundacja doskonalenia zawodowego – przez okres 1 roku od daty zakończenia postępowania o udzielenie refundacji,
2. w przypadku osób, którym przyznano refundację doskonalenia zawodowego – przez okres kiedy wydatki związane z przyznaniem i wypłatą refundacji mogą być kontrolowane na mocy przepisów prawa tj. przez okres 5 lat od wypłaty refundacji.

Prawa osób, których dane są przetwarzane

Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Jeżeli uważają państwo, że dane osobowe są przetwarzane z naruszeniem przepisów RODO, można wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa. Jeśli potrzebują Państwo dodatkowych informacji związanych z ochroną danych osobowych lub chcą Państwo skorzystać z przysługujących praw, można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (e-mail: iod@oilwaw.org.pl).

4. **Oświadczenie wnioskodawcy o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

5. Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.U.U.E.L.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie moich danych osobowych w podanym we wniosku zakresie niezbędnych do: przeprowadzenia postępowania o przyznanie refundacji doskonalenia zawodowego, wypłaty i rozliczenia refundacji oraz informowania o działalności Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w zakresie przyznawania refundacji.

6.

7. (data, podpis wnioskodawcy)