

WNIOSEK O REFUNDACJĘ W RAMACH PROGRAMU „ZASZCZEP SIĘ ZDROWYM ROZSADKIEM”

Imię i nazwisko lekarza/ lekarza dentysty/ Numer PWZ

PESEL

.....

Aktualny adres zamieszkania

.....

Telefon

.....

Właściwy Urząd Skarbowy

.....

nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

Imię i nazwisko dziecka

PESEL dziecka

.....

Warunkiem otrzymania refundacji jest dostarczenie oryginału faktury za szczepienie przeciwko meningokokom do dnia 31.12.2020

Oświadczam, że na dzień złożenia Wniosku nie zalegam w opłacaniu składki członkowskiej.

Oświadczam, że zostałam/ em poinformowana/y, że w przypadku wypłacenia refundacji otrzymam dokument PIT -11

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektu „Zaszczep się zdrowym rozsądkiem” (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (dz. Ustaw z 2018, poz.1000) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (RODO)

.....

(data)

.....

(czytelny podpis i pieczętka)