



Wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

PESEL

Numer prawa wykonywania zawodu:

Oświadczam, że zaprzestaję wykonywać zawód pielęgniarki / zawód położnej na czas
nieokreślony od

Miejscowość, data Podpis

Załączniki:

1. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu o numerze



POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki / zawodu położnej o numerze:

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis

Pouczenie

Zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038) regularne opłacanie składki członkowskiej jest obowiązkowe.

Zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038) nie opłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – art. 31 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174 poz. 1039 z późn. zm.).
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Włocławku.
3. Adres siedziby administratora danych : 87-800 Włocławek, ul. Dziewińska 17.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)