



FZZPM w Polsce
ul. Hoża 66/68, 00-682 Warszawa
tel. (+48 22) 6210151, fax. (+48 22) 6220664
NIP: 526-025-13-45
Bank Pekao S.A. 55 1240 6218 1111 0000 4618 5509

WNIOSEK O REFUNDACJE KOSZTÓW POBYTU W SANATORIUM

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Miejsce zamieszkania)

.....
(PESEL oraz nr dowodu osobistego)

.....
(Nazwa i adres urzędu skarbowego)

.....
(Telefon kontaktowy)

.....
(Termin pobytu w sanatorium) / Kwota dofinansowania (ilość dni x 45 zł)

.....
(Nr konta bankowego na który należy przelać dofinansowanie)

Załączone dokumenty potwierdzające pobyt w sanatorium oraz poniesione koszty:

- 1)
- 2)
- 3)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, iż na dzień złożenia wniosku o refundację kosztów pobytu w sanatorium nie zostało/zostało mi wypłacone dofinansowanie (korzystające na podstawie art. 21 ust 1 pkt. 9a ustawy o PDOF ze zwolnienia do kwoty 3000,00 zł) z funduszy zakładowej lub innej międzyzakładowej organizacji związkowej w kwocie zł, słownie:.....zł.

KLAUZULE INFORMACYJNE

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest FZZPM w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy ul. Hożej 66/68;
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania refundacji kosztów pobytu w sanatorium na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

- 3) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres 6 lat;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
- 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych należy przesłać elektronicznie na adres e-mail: biuro@fzzpm.org.pl lub pisemnie pocztą, na adres wskazany w pkt 1.
- 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 7) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do przyznania refundacji.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam przynależność Pani/Pana.....do organizacji
związkowej.....
(nazwa organizacji związkowej)

.....
pieczętka i podpis
Przewodniczącej / Przewodniczącego
organizacji związkowej