Wrocław, Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.

Załącznik nr 3 do Regulaminu

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Miejsce pracy

Stanowisko, rodzaj umowy

Pan

Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Dyrektor Instytutu Immunologii  
i Terapii Doświadczalnej PAN   
we Wrocławiu

Wniosek

o udzielenie pożyczki mieszkaniowej  
z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych

na remont, modernizację mieszkania lub domu, adaptację pomieszczeń mieszkalnych.

1. Kwota wnioskowanej pożyczki mieszkaniowej: ………………….
2. Ilość rat: ………………….
3. Powierzchnia lokalu: ………………….
4. Ilość osób zamieszkałych w lokalu: ………………….
5. Poręczyciele Wnioskodawcy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Forma zatrudnienia | Podpis żyranta |
| 1. | …………………………………………….. | …………………………………………….. |  |
| 2. | …………………………………………….. | …………………………………………….. |  |

Jestem Wybierz element. odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam podpisem.

………………………………………………………………….

Podpis osoby uprawnionej

Oświadczam, że Wybierz element. się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która jest dostępna na stronie WWW intranet.hirszfeld.pl oraz u Sekretarza ZFŚS.

Oświadczam, że ujawniając w treści wniosku dane osobowe osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, Wybierz element. obowiązki informacyjne IITD PAN przewidziane w art. 14 RODO przekazując tym osobom w/w Klauzulę informacyjną.

Oświadczam, że jestem Wybierz element. odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i danych dot. sytuacji materialnej, zgodnie z ustawą z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zm.) – art. 286 §1.

………………………………………………………………….

Podpis osoby uprawnionej

Decyzja Komisji Socjalnej

Komisja socjalna przy IITD PAN przyznaje / nie przyznaje bezzwrotną zapomogę w kwocie:

…………………………………… słownie: ……………………………………………………………………………………….

Podpisy członków komisji:

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

Wrocław, …………………………….……

**Decyzja Dyrektora Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN**  
z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Weigla 12.

wyrażam / nie wyrażam zgody

………………………………………………………………….

Podpis Dyrektora IITD PAN

Oświadczam, że Wybierz element. się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która jest dostępna na stronie WWW intranet.hirszfeld.pl oraz u Sekretarza ZFŚS.

Oświadczam, że ujawniając w treści wniosku dane osobowe osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, Wybierz element. obowiązki informacyjne IITD PAN przewidziane w art. 14 RODO przekazując tym osobom w/w Klauzulę informacyjną.

Oświadczam, że jestem Wybierz element. odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i danych dot. sytuacji materialnej, zgodnie z ustawą z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zm.) – art. 286 §1.

………………………………………………………………….

Podpis osoby uprawnionej