………………….., ……………2025 r.

 (miejscowość) (data)

……………………………………

…………………………………...

(Pracownik)

 ………………………………………..

 ………………………………………..

(Pracodawca)

**Oświadczenie**

Proszę o potrącanie miesięcznej składki członkowskiej w wysokości 1% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym ogłoszonego przez Prezesa GUS
w Dzienniku Urzędowym, zgodnie z Uchwałą nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji z dnia 23 września 2024 r. *w sprawie wysokości składki członkowskiej i zasad jej podziału*, na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
od dnia ……..………. 2025r.

 …………………………….

 (czytelny podpis)

………………….., ……………2025r.

 (miejscowość) (data)

……………………………………

…………………………………...

(Pracownik)

 ………………………………………..

 ………………………………………..

(Pracodawca)

**Oświadczenie**

Proszę o potrącanie miesięcznej składki członkowskiej w wysokości 1% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym ogłoszonego przez Prezesa GUS
w Dzienniku Urzędowym, zgodnie z Uchwałą nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji z dnia 23 września 2024 r. *w sprawie wysokości składki członkowskiej i zasad jej podziału*, na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
od dnia ……..………. 2025 r.

 …………………………….

 (czytelny podpis)