

....., dn. 20 r.
(miejscowość) (data)

Pracownik:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(numer prawa wykonywania zawodu)

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 Toruniu

od dnia: 20 r.

.....
(czytelny podpis)