



ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pani/Pan

Prawo Wykonywania Zawodu Seria Nr

Zamieszkała/y : kod -

ul.

zatrudniona/y jest od dnia na czas : określony * nieokreślony *

na stanowisku

wymiar zatrudnienia

.....
pieczętka podmiotu

Informuje się, że nieprzerwanie od dwóch lat w wysokości **1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego brutto** odprowadzane są składki członkowskie na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału na podstawie art. 20 pkt 11 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj.: Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 ze zm.)

.....
miejsowość , data

.....
podpis, pieczęć

*niepotrzebne skreślić