

.....
Pieczęć podmiotu

Zaświadczenie

Zaświadczam, że Pan/Pani.....
(imię i nazwisko)

Prawo Wykonywania Zawodu Nr

--	--	--	--	--	--	--	--

Zamieszkała/y: kod-.....

ul.

zatrudniona/y w podmiocie, od dnia..... na czas: określony* nieokreślony*
na stanowisku.....

wymiar zatrudnienia.....

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 2021 r. poz. 628 ze zm.)

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis Pracodawcy

*niepotrzebne skreślić