

.....  
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