

.....  
Pieczętka podmiotu

## Zaświadczenie o opłacaniu składki członkowskiej na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu

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.....

Informuje się, że **do dnia 31 marca 2025 r.** nieprzerwanie odprowadzane były składki członkowskie na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzych w wysokości **1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego brutto**, zgodnie z tekstem jednolitym 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

.....  
Pieczętka i podpis Pracodawcy

Informuje się, że **od dnia 1 kwietnia 2025 r.** nieprzerwanie odprowadzane są składki członkowskie na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzych w wysokości **1% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym**, zgodnie z tekstem jednolitym uchwały Nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 23 września 2024 r. 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

.....  
Pieczętka i podpis Pracodawcy

\*niepotrzebne skreślić