

....., .....20.... r.  
(miejsowość) (data)

.....  
.....  
(Pracownik)

.....  
.....  
(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 .....  
od dnia ..... 20..... r.

.....  
(czytelny podpis)