*Załącznik nr 3 do Regulaminu finansowania voucherów szkoleniowych*

………………………………………. ……………………………………………

 (pieczęć pracodawcy) (miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

 **o zatrudnieniu i opłacaniu składek członkowskich**

Zaświadcza się, że Pani/Pan ……………………………...…………………………………….

jest zatrudniona/y od dnia …………………………….. do ……….………………………….
w ………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

(nazwa i adres zakładu pracy)

na stanowisku …………………………………………………………………………………..

Forma zatrudnienia: ……………..…………………. Wymiar etatu: ………………………….

1. **OKRES OBEJMUJĄCY ZAKRES DANYCH DO ZAŚWIADCZENIA**

 od ……………………………………. do………….………………………

1. **Wysokość opłacanej składki członkowskiej wynagrodzenia zasadniczego w okresie, o którym mowa w pkt 1:**

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł (słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych), co stanowi 1 % kwota wynagrodzenia zasadniczego: dotyczy okresu od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Oświadczenie pracodawcy o systematycznym potrącaniu i przekazaniu składek za okres, o którym mowa w pkt 1:**

Zaświadcza się o systematycznym comiesięcznym opłacaniu składek w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu

za Pana/Panią...................................................... za okres o którym mowa w pkt 1.

 (imię i nazwisko)

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

 ......................................................................................

 (data podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez pracodawcę)