

.....

.....,20....r.
(miejsowość) (data)

.....

(Pracownik)

.....

.....

(Pracodawca)

Oświadczenie

Proszę o potrącanie miesięcznej składki członkowskiej w wysokości **89,00 zł** miesięcznie (*t.j. 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 Opolu od dnia20....r.

.....

(Czytelny podpis)