Załącznik nr 1

 ………………….., ……………20…. r.

 (miejscowość) (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 Świętokrzyskiej j Izby Pielęgniarek i Położnych w Kielcach od dnia 01 kwietnia 2025 r.

 …………………………….