

.....  
Nazwisko i imię

.....  
Miejscowość i data

.....  
Miejsce pracy

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym upoważniam począwszy od dnia ..... zakład pracy do potrącania 1% z mojego wynagrodzenia tytułem obowiązkowych składek członkowskich na samorząd zawodowy oraz przekazywanie ich na konto: BGŻ S.A. o/Ostrołęka 39 2030 0045 1110 0000 0018 6710 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Ostrołęce, ul. Gorbatowa 15/7, 07-410 Ostrołęka.

.....  
(podpis składającego oświadczenie)

Nie opłacone w terminie składki członkowskie i koszty postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (art. 59 Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 19 kwietnia 1991 r. Dz. U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.)