Data .....

.....
/pieczęć zakładu/

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pani / Pan …….....
(imię i nazwisko)

PESEL | | | | | | | | | | |

jest/był/a* aktualnie zatrudniona/y w
…….……
(nazwa zakładu pracy)

na stanowisku pielęgniarki/położnej* od …… do …….

i opłaca systematycznie składkę członkowską na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i

Położnych w Poznaniu w wysokości …… % od ……....….... do ……..
(data) (data)

Zaświadczenie wydaje się ……

.....
Podpis i pieczątka osoby uprawnionej

*niepotrzebne skreślić