

DEKLARACJA

..... dn
(imię i nazwisko) (miejscowość) (data)

.....
(adres)

.....
(PESEL)

Upoważniam
(nazwa , adres zakładu pracy)

.....

.....

Do potrącenia 1% mojego miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego brutto tytułem składek członkowskich na rzecz Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Potrąconą kwotę należy przelać na konto: **Bank PEKAO S.A. O/ Wrocław**

Odbiorca: **Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych**

ul. Powstańców Śląskich 50

53-333 Wrocław,

Numer rachunku: **63 1240 6670 1111 0000 5641 0435**

Tytułem: **składki członkowskie**

.....
(podpis)