

OŚWIADCZENIE

(dotyczące osób przebywających na urloпах zdrowotnych, macierzyńskich, wychowawczych itp. którym nie jest potrącana składka na ZNP przez Zespoły Obsługi Placówek)

.....
imię i nazwisko składającego oświadczenie

.....
miejsce pracy

Oświadczam że chcę nadal należeć do ZNP i zgodnie z Uchwałą deklaruję
wpłatę 15,00zł miesięcznie za okres od..... do.....

.....
data i podpis składającego oświadczenie