

.....,

miejsowość data

.....
imię i nazwisko

.....
numer Prawa Wykonywania Zawodu

numer telefonu.....

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Obrońców Pokoju 60/1-2
66-400 Gorzów Wlkp.**

PODANIE

Zwracam się z prośbą o rozłożenie na raty zaległości z tytułu nieopłaconych składek członkowskich.

Proszę o rozłożenie narat/y płatne/ych do końca każdego miesiąca.

.....
podpis