Załącznik nr 1 do Uchwały nr 205/VIIP/2017 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie zasad i trybu kompensacji wynagrodzenia przez organy samorządu pielęgniarek i położnych na czas zwolnień od pracy pracownika będącego członkiem organu izby, trybu zwrotu kosztów podróży i innych uzasadnionych wydatków poniesionych przez członka samorządu w związku z wykonywaniem czynności na rzecz izby lub jej organów

…… ……

(imię i nazwisko) (miejscowość, data)

……..

……..

…….

(adres osoby składającej wniosek)

…….

(numer pesel) Izba

.....

.....

(adres)

WNIOSEK

o zwrot utraconego wynagrodzenia

Zwracam się z prośbą o zwrot utraconego wynagrodzenia za pracę w kwocie ……., w związku z wykonywaniem czynności na rzecz: ……..

……..……

(wpisać organ, na rzecz którego wykonywane były czynności)

w charakterze …….

w dniu/dniach …….

zgodnie z załączonym zaświadczeniem pracodawcy.

Zwrot utraconego wynagrodzenia proszę przelać na poniższy numer konta, którego właścicielem jest:……

lub adres: ……

.....

(podpis wnioskodawcy)

Załącznik: zaświadczenie pracodawcy