

Chęciny, dnia.....

.....

Imię i nazwisko

.....

Stanowisko

.....

Komórka organizacyjna

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam płatnika Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze do potrącania z moich poborów i odprowadzania w moim imieniu składki miesięcznej na

Izbę.....w wysokości

.....

(czytelny podpis pracownika)