

Chęciny, dnia .....

---

**UPOWAŻNIENIE**

---

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko</b>       |  |
| <b>Stanowisko</b>            |  |
| <b>Komórka organizacyjna</b> |  |

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)