

Chęciny, dnia

.....
pieczęć komórki organizacyjnej**WNIOSEK O ZMIANĘ WYNAGRODZENIA / STANOWISKA**

Wnoszę o zmianę wynagrodzenia / stanowiska*			
	(imię i nazwisko pracownika)		
Zatrudnionej/zatrudnionego na stanowisku			
Staż pracy pracownika wynosi		w tutejszym Szpitalu	
Dotychczasowe wynagrodzenie			
Proponowane stanowisko			
Proponowane wynagrodzenie			
Proponowana data obowiązywania zmiany			
Uzasadnienie			
Do wniosku załączam			

.....
data i podpis Kierownika/Koordynatora komórki organizacyjnej

Opinia Działu Kadr	
Decyzja Dyrektora	

* niepotrzebne skreślić