

Załącznik nr 1 do Uchwały nr 110/VIII/2024 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 24 września 2024 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) ..... (miejsowość, 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