

Załącznik nr 6 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

OŚWIADCZENIE

O OTRZYMANYM BEZPŁATNYM WYŻYWIENIU

Oświadczam, że podczas podróży korzystałam/łem* z posiłków wg zestawienia:

Lp.	Data	Śniadanie 25 % diety tak / nie **	Obiad 50 % diety tak / nie**	Kolacja 25 % diety tak / nie**

* niepotrzebne skreślić

** wpisać „tak” jeżeli członek samorządu korzystał z bezpłatnego posiłku, „nie” jeżeli nie korzystał z posiłku

.....

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

UWAGI:

.....
.....
.....
.....