

..... Kraków, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Nr PWZ

OŚWIADCZENIE EMERYTKI/EMERYTA

Oświadczam, iż jestem świadoma/my obowiązku opłacania składek członkowskich na MOIPiP zgodnie z art. 11 ust. 2 p. 4 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.) przez cały okres pracy zarobkowej (umowa o pracę, zlecenie, kontrakt) mimo nabycia uprawnień emerytalnych. W momencie całkowitego zaprzestania wykonywania zawodu zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia MOIPiP w Krakowie na adres ul. Szlak 61, 31-153 Kraków lub e-mail: pwz@moipip.org.pl.

Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadoma/my tego, iż nieopłacone w odpowiedniej wysokości lub terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, a zatajenie faktu wykonywania pracy i nieopłacanie składek członkowskich w odpowiedniej wysokości może wypełniać znamiona określone w przepisie art. 286 kodeksu karnego.

.....
Czytelny podpis