**Potwierdzenie odbioru Prawa Wykonywania Zawodu i złożenia oświadczenia**

Niniejszym potwierdzam odbiór:

prawa wykonywania zawodu numer:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Seria ……. Nr …………….…

uchwały nr …………………………… z dnia ………………………………….

**Oświadczam**, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy   
o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 628), **zobowiązuję się do:**

* postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu,
* sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
* regularnie opłacać składkę członkowską (nie dotyczy osób zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych),
* z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuje się do zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Data ........................................... Podpis .......................................................

**Pouczenie:** Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 628).