

Gdańsk, dnia .....

.....  
(komórka organizacyjna)

.....  
(Nazwisko i imię)

**Biuro / Dział  
Zarządzania Personalem  
w/m**

Niniejszym wyrażam zgodę na potrącanie z moich pobrań miesięcznej składki członkowskiej SITPNiG począwszy od dnia .....

.....  
(podpis)

Za Zarząd Koła Zakładowego SITPNiG:

.....  
(podpis)