*[MIEJSCOWOŚĆ], dn. [DD-MM-RRRR] r.*

[NAZWA PODMIOTU LECZNICZEGO]

**Uchwała nr [XX]/[MM]/[RRRR] z dnia [DD] [MIESIĄCA] [RRRR] r.**

w sprawie objęcia Ochroną Związkową członków związku

Zarząd Oddziału Terenowego OZZL obejmuje Ochroną Związkową w rozumieniu przepisów *Ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych* niżej wymienione osoby:

[IMIĘ I NAZWISKO]

[IMIĘ I NAZWISKO]

[IMIĘ I NAZWISKO]

na czas [OKRES TRWANIA OCHRONY]

[Pieczęć Oddziału

Terenowego i/lub

Pieczątka lekarska

Przewodniczącego lub osoby upoważnionej

z podpisem]