

.....
(miejsowość i data)

.....
.....
.....
(imię i nazwisko lekarza
oraz adres zamieszkania)

Dyrektor

.....
.....
.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego
zatrudniającego lekarza)

WEZWANIE DO ZAPŁATY

Na podstawie art. 179 § 2 i 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy oraz Uchwały Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 1994 roku sygn. I PZP 6/94 wzywam do wypłaty należnej kwoty w wysokości
(słownie.....), z tytułu dodatku wyrównawczego należnego mi ze względu na fakt niepełnienia dyżurów medycznych **w okresie ciąży / w okresie karmienia piersią** za okres od do..... .

Wymienioną sumę proszę przekazać na rachunek w Banku
numer: w ciągu 14 dni od dnia otrzymania niniejszego wezwania.

W przypadku nieprzekazania należnej mi kwoty sprawę skieruję na drogę postępowania sądowego bez ponownego wezwania do zapłaty.

.....
podpis