## Warszawa, 22 maja 2024 r.

## 992500.1110.60.2024-WDP-23000168

**Pani**

**Katarzyna Nowaczyk**

**p.o. Dyrektor Oddziału**

**Zakładu Ubezpieczeń Społecznych**

**w Pile**

Od dnia 27 maja 2024 r. do dnia 30 września 2024 r. powierzam Pani, za Pani zgodą, pełnienie obowiązków Dyrektora Oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Pile.

Pozostałe warunki stosunku pracy nie ulegają zmianie.

dokument podpisany przez Katarzynę Nowaczyk

(podpis pracownika)

dokument podpisany przez Zbigniewa Derdziuka   
(podpis pracodawcy lub osoby reprezentującej pracodawcę albo osoby upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu pracodawcy)

**Podstawa prawna:**Art. 11 Kodeksu pracy