

24/48 HOUR REPORT OF INDEPENDENT EXPENDITURES
(Schedule E)PAGE 1 OF 1
FOR SE OF FORM 24/48

NAME OF COMMITTEE (In Full) National Nurses United for Patient Protection			FEC IDENTIFICATION NUMBER ▼ C C00490375		
Check if ☐ 24-hour report ☒ 48-hour report ☒ New report ☐ Amends report filed on M M / D D / Y Y Y Y Y Y M M / D D / Y Y Y Y Y Y M M / D D / Y Y Y Y Y Y					
Full Name of Payee Postal Systems Inc.			Date of Public Distribution/Dissemination M M / D D / Y Y Y Y Y Y 05 / 05 / 2026 M M / D D / Y Y Y Y Y Y		
Mailing Address 1568 Cherrywood Drive			Amount M M / D D / Y Y Y Y Y Y 87750.00 M M / D D / Y Y Y Y Y Y		
City State Zip Code San Mateo CA 94403		Transaction ID : B923228 Date of Disbursement or Obligation M M / D D / Y Y Y Y Y Y 05 / 05 / 2026 M M / D D / Y Y Y Y Y Y			
Purpose of Expenditure Postage and processing for postcard mailers starting 5/5/26		Category/ Type 004			
Name of Federal Candidate McGuire, Mike, , ,			☒ Support ☐ Oppose		Office Sought: ☒ House District: 01 ☐ President ☐ Senate State: CA
Calendar Year-To-Date Per Election for Office Sought			M M / D D / Y Y Y Y Y Y 87750.00 M M / D D / Y Y Y Y Y Y		
Disbursement For: ☒ Primary ☐ General ☐ Other (specify) ▶					
Full Name of Payee			Date of Public Distribution/Dissemination M M / D D / Y Y Y Y Y Y M M / D D / Y Y Y Y Y Y M M / D D / Y Y Y Y Y Y		
Mailing Address			Amount M M / D D / Y Y Y Y Y Y M M / D D / Y Y Y Y Y Y M M / D D / Y Y Y Y Y Y		
City State Zip Code		Date of Disbursement or Obligation M M / D D / Y Y Y Y Y Y M M / D D / Y Y Y Y Y Y M M / D D / Y Y Y Y Y Y			
Purpose of Expenditure		Category/ Type			
Name of Federal Candidate			☐ Support ☐ Oppose		Office Sought: ☐ House District: _____ ☐ President ☐ Senate State: _____
Calendar Year-To-Date Per Election for Office Sought			M M / D D / Y Y Y Y Y Y M M / D D / Y Y Y Y Y Y M M / D D / Y Y Y Y Y Y		
Disbursement For: ☐ Primary ☐ General ☐ Other (specify) ▶					

(a) **SUBTOTAL** of Itemized Independent Expenditures.....

M M / D D / Y Y Y Y Y Y

87750.00

M M / D D / Y Y Y Y Y Y

(b) **SUBTOTAL** of Unitemized Independent Expenditures

M M / D D / Y Y Y Y Y Y

M M / D D / Y Y Y Y Y Y

M M / D D / Y Y Y Y Y Y

(c) **TOTAL** Independent Expenditures.....

M M / D D / Y Y Y Y Y Y

87750.00

M M / D D / Y Y Y Y Y Y

Under penalty of perjury I certify that the independent expenditures reported herein were not made in cooperation, consultation, or concert with, or at the request or suggestion of, any candidate or authorized committee or agent of either, or (if the reporting entity is not a political party committee) any political party committee or its agent.

Westmoreland, Irma, , ,

Signature _____

Date

M M / D D / Y Y Y Y Y Y

05 / 07 / 2026

M M / D D / Y Y Y Y Y Y