

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja niżej podpisany/a deklaruje wstąpienie do

Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych.

Oświadczam, że znam Statut Związku i będę stosować się do jego postanowień.

Wyrażam zgodę na potrącanie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia składek członkowskich w wysokości przyjętej w statucie lub finansowej uchwale Związku.

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w rejestrze członków Związku i przetwarzanie ich w zakresie prowadzonej działalności statutowej. Administratorem danych będzie Zarząd Krajowy Związku (W rozumieniu Ustawy o ochronie danych osobowych dnia 29.08.1997 r. – Dz.U. Nr 133 poz. 883)

Oświadczam, że nie jestem członkiem innego związku zawodowego.

Data

Podpis

Nazwisko	Imię
Drugie imię	PESEL
Data i miejsce urodzenia	NIP
Imiona rodziców	
Adres – ulica, nr domu i mieszkania	
Miejscowość	Kod pocztowy
Telefon kontaktowy	E-mail
Miejsce pracy – nazwa i adres	Stanowisko

OŚWIADCZENIE DO ZAKŁADU PRACY

Ja niżej podpisany/a wstąpiłem/łam do
Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych.

Oświadczam, że zgadzam się na przekazywanie 10 zł miesięcznie z mojego wynagrodzenia na konto
Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych

Nr konta KZZPMLD 45-1050-1041-1000-0023-2692-7213

Imię i Nazwisko

Data

Podpis