................................, dnia ............................... 

(miejscowość)

**Deklaracja przystąpienia do**

**Ogólnopolskiego Międzyzakładowego Związku Zawodowego Personelu Pomocniczego w Ochronie Zdrowia**

Deklaruję chęć przystąpienia do Ogólnopolskiego Międzyzakładowego Związku Zawodowego Personelu Pomocniczego w Ochronie Zdrowia przyjmując wszystkie płynące z tego tytułu prawa i obowiązki.

Oświadczam, że znam i akceptuję Statut Związku i uroczyście zobowiązuje się do przestrzegania postanowień zawartych w statucie, regulaminach i uchwałach organów Związku.

Deklaruję jednocześnie, że będę brać czynny udział w realizacji celów Związku oraz terminowo opłacać składki członkowskie.

Dane osobowe:

| Imię i nazwisko |  |
| --- | --- |
| Adres do korespondencji |  |
| Województwo |  |
| Zakład Pracy |  |
| Telefon |  |
| Stanowisko |  |
| E-mail |  |

Czy przynależy Pan/Pani do Związków Zawodowych Tak – Nie\*

Jeżeli zaznaczył/a Pan/i **Tak** proszę o wpisanie aktualnych przynależności związkowych – proszę podać rok przystąpienia.

| Nazwa związku | Rok  przystąpienia |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Informacja o administratorze danych:

1. Administratorem danych osobowych jest Ogólnopolski Międzyzakładowy Związek Zawodowy Personelu Pomocniczego w Ochronie Zdrowia.

2. Adres siedziby administratora danych: UL. Erazma Ciołka 15 lok 303 01-445 Warszawa. 3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji dla potrzeb związanych z realizacją celów statutowych Ogólnopolskiego Międzyzakładowego Związku Zawodowego Personelu Pomocniczego w Ochronie Zdrowia- zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ.U. 2015.poz. 2135, 2281 z późn. zm.).

………………………………………………

(własnoręczny podpis)

| Wypełnia Zarząd | |
| --- | --- |
| Data wpływu deklaracji |  |
| Data przyjęcia/odmowy\* przyjęcia |  |
| Nr Uchwały Zarządu |  |

\*Niepotrzebne skreślić

Podpisy Członków Zarządu