**…………………………., dnia …………………**

**……………………………………….**

Imię i nazwisko

**……………………………………….**

Adres, ulica, kod pocztowy, miejscowość

**……………………………………….**

Nr PESEL

**……………………………………….**

Telefon, adres e-mail

**……………………………………….**

Miejsce pracy

**Ogólnopolski Międzyzakładowy Związek Zawodowy  
Personelu Pomocniczego w Ochronie Zdrowia**ul. ERAZMA CIOŁKA, nr 15, lok. 303,  01-445 Warszawa

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z CZŁONKOSTWA**

**W OGÓLNOPOLSKIM MIĘDZYZAKŁADOWYM ZWIĄZKU ZAWODOWYM PERSONELU POMOCNICZEGO W OCHRONIE ZDROWIA Z SIEDZBĄ W WARSZAWIE**

Niniejszym pismem oświadczam, iż z dniem ………………………….. rezygnuję z członkostwa w Ogólnopolskim Międzyzakładowym Związku Zawodowym Personelu Pomocniczego w Ochronie Zdrowia z siedzibą w Warszawie.

**…………………………………………..…..**

**(podpis)**