|  |  |
| --- | --- |
| **Nowa deklaracja** | **Aktualizacja** danych |
|  |  |

zał.1

Ja niżej podpisany/a deklaruję chęć przystąpienia do Ogólnopolskiego Międzyzakładowego Związku Zawodowego Personelu Pomocniczego w Ochronie Zdrowia. Zobowiązuję się do przestrzegania Statutu oraz uchwał organów statutowych, oraz że będę regularnie opłacał/a składki członkowskie.

**Konto bankowe do wpłat : 57 89310003 0704 7187 2000 0001**

**Deklaruję wpłat[[1]](#endnote-1) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Miesięczną** | **Półroczną** | **Roczną** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Dane osobowe prosimy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami [[2]](#endnote-2) wszystkie pola wymagane!**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię** | | | | | | | | | | | | |  | PESEL/**Data** urodzenia | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ulica | | | | | | | | | | | | | | | |  | Numer Domu | | |  | Numer lokalu | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | **Kod pocztowy** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Telefon | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | - |  |  |  | ­­- |  |  |  |

**Zgodnie z ustawą o ochronie osobowych z dnia 29.08.1997 r. (DZ U. Nr 133 poz.883) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji wyłącznie dla wewnętrznych potrzeb OMZZ Personelu Pomocniczego w Ochronie Zdrowia. Jestem świadomy/a, że przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawy.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakład pracy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adres** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | **Kod pocztowy** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ulica** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **Numer Domu** | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zatrudniony/a na stanowisku** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Proszę o przesyłanie informacji dot. Spotkań, zaległości w składkach członkowskich na podany w deklaracji numer telefonu.

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.).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość:…………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | |
| Data | | | | | | | | | | |
|  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Czytelny podpis |
|  |
|  |
|  |

**Wypełnia Związek Zawodowy :**

Przyjęto / nie przyjęto [[3]](#endnote-3)do OMZZ PPWOZ uchwałą numer ……………………………………….z   
  
dnia…………………………………………………… (placówka Ref……………………….)

Podpis członka zarządu   
  
………………………………………

Ustanie członkostwa (przyczyna)…………………………………………………………………………………….. data……………………….

Podpis członka zarządu

………………………………………..

1. Proszę zaznaczyć jedną opcję wstawiając **X** [↑](#endnote-ref-1)
2. W przypadku nieczytelnego wypełnienia deklaracji – nie zostanie przyjęta przez zarząd [↑](#endnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić [↑](#endnote-ref-3)