DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ogólnopolskiego Międzyzakładowego Związku Zawodowego Personelu Pomocniczego w Ochronie Zdrowia

zał.1

Nowa deklaracja	**Aktualizacja** danych

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[i] :

Miesięczną	**Półroczną**	**Roczną**

Dane osobowe prosimy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami [ii] wszystkie pola wymagane!

Nazwisko

Imię

PESEL/**Data** urodzenia

Adres zamieszkania

Kod pocztowy

Ulica

Numer Domu

Numer lokalu

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 [iii]do OMZZ PPWOZ uchwałą numer ……z

dnia…… (placówka Ref……..)

Podpis członka zarządu

……

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

Podpis członka zarządu

……..

[i] Proszę zaznaczyć jedną opcję wstawiając **X**

[ii] W przypadku nieczytelnego wypełnienia deklaracji – nie zostanie przyjęta przez zarząd

[iii] Niepotrzebne skreślić