

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

KOMISJI MIĘDZYZAKŁADOWEJ KRAJOWEGO ZWIĄZKU
ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO
W TRÓJMIEŚCIE



Ja niżej podpisany/a deklaruje wstąpienie
do Komisji Międzyzakładowej KZZPRM w Trójmieście

NAZWISKO

IMIĘ

DATA I MIEJSCE URODZENIA

PESEL

MIEJSCE ZATRUDNIENIA (wpisać wszystkie zakłady pracy)

ADRES – MIEJSCOWOŚĆ / KOD POCZTOWY / ULICA / NR DOMU / NR MIESZKANIA

TELEFON KONTAKTOWY

ADRES E-MAIL

Znam Statut KZZPRM i zobowiązuję się do jego przestrzegania. Wyrażam zgodę na potrącanie z moich poborów składek członkowskich w wysokości 1% podstawy zasadniczej moich poborów lub opłacania bezpośrednio, ustalonej stosowna uchwałą, składki członkowskiej. Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w rejestrze członków KZZPRM i przetwarzanie ich w zakresie prowadzonej działalności statutowej. Administratorem danych będzie Komisja Międzyzakładowa KZZPRM w Trójmieście. Oświadczam, że nie jestem członkiem innego związku zawodowego.

DATA

PODPIS

Powyższa deklaracja członkowska została przyjęta
decyzją Przewodniczącego KM KZZPRM w Trójmieście
na podstawie Uchwały Nr 3/2017 z dnia 17 maja 2017 roku

DATA

PODPIS i PIECZĘĆ

**INFORMACJA O WYSOKOŚCI I SPOSOBIE OPŁACANIA SKŁADEK
CZŁONKOWSKICH KOMISJI MIĘDZYzakładowej KZZPRM W TRÓJMIEŚCIE**

1. Dane adresowe:

Komisja Międzyzakładowa KZZPRM w Trójmieście

ul. Orzeszkowej 1 80-208 Gdańsk

2. Numer konta bankowego:

51 7065 0002 0652 3729 0604 0001

3. Tytuł przelewu:

IMIĘ NAZWISKO składka członkowska – MIESIĄC ROK

4. Wysokość składki opłacanej bezpośrednio:

25zł

5. Termin opłacania składki:

Do 20-go dnia bieżącego miesiąca.