DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

KOMISJI MIĘDZYZAKŁADOWEJ KRAJOWEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W TRÓJMIEŚCIE

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

NAZWISKO IMIĘ

DATA I MIEJSCE URODZENIA PESEL

MIEJSCE I FORMA 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. Zobowiązuję się do opłacania składek członkowskich. 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:**

   85zł

5. **Termin opłacania składki:**

   Do 20-go dnia bieżącego miesiąca.