

Związek Nauczycielstwa Polskiego Pracowników Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach i Szpitali Klinicznych,
40 – 055 Katowice, ul. Poniatowskiego 15

DEKLARACJA

Deklaruję swoje wstąpienie do Związku Nauczycielstwa Polskiego Pracowników Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i Szpitali Klinicznych w Katowicach

Zobowiązuję się do przestrzegania zasad Statutu i uchwał Związku oraz opłacania regularnie składki członkowskiej. Zobowiązuję się brać czynny udział w pracach Związku i dbać o dobro spraw pracowniczych.

Imię i nazwisko

Urodzony/a

Imię ojca imię matki

Stanowisko

Miejsce pracy

Aktualny adres zamieszkania

Data

(podpis)

Do wiadomości Działu Płac

Imię i nazwisko

Stanowisko

Miejsce pracy

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia comiesięcznej składki na Związek Nauczycielstwa Polskiego Pracowników Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i Szpitali Klinicznych w Katowicach

Data

(podpis)