



Deklaracja Członkowska Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

Oświadczam, że wstępuję do Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, znam jego statut i popieram jego program.

Imię i Nazwisko

.....

Miejsce zamieszkania

.....

.....

Telefon

e-mail

PESEL

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2002 r. Nr 101, poz.926 ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy oraz firmy współpracujące z OZZL, z którymi Związek zawarł umowy o świadczenie usług na rzecz swoich członków.

Data

Podpis

Oświadczam, że zobowiązuję się do przekazywania tytułem składki członkowskiej 40 złotych miesięcznie na konto Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

Imię i Nazwisko

.....

Data

Podpis

Bank

.....

NRB