**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 …………….………………………….……………………..…   
Numer PWZ …………….……………………….………………………..…

*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 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .