



OGÓLNOPOLSKI  
ZWIĄZEK ZAWODOWY  
LEKARZY

## **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 .....

Oświadczam, że Oddział Terenowy OZZL jest moim jedynym prawnym  
reprezentantem w stosunkach z Pracodawcą w ramach działalności  
związkowej.

Nazwa Oddziału Terenowego OZZL: .....

Miejsce pracy: .....

*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.*

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

Imię i Nazwisko

.....

Data ..... Podpis .....

Data ..... Podpis .....