

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*nazwa i adres pracodawcy*

**Polski Związek Logopedów**

Oddział Świętokrzyski  
ul. Mrozowskiego 9  
27-200 Starachowice

W imieniu pracodawcy wyrażam zgodę na przekazywanie przez Polski Związek Logopedów informacji, o której mowa w art. 25<sup>1</sup> ust. 2 w zw. z art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (tekst jednolity: Dz. U. 2001 r. Nr 79 poz. 854, z późn. zm.) drogą e-mailową na następujący adres poczty elektronicznej:

.....  
W przypadku zmiany adresu poczty elektronicznej nowy adres zostanie niezwłocznie podany do wiadomości Polskiego Związku Logopedów.

-----  
*data i podpis upoważnionej osoby*