



Polski Związek Logopedów

Z a r z ą d G ł ó w n y

Warszawa, ul. Raszyńska 8/10 zgpzl@logopeda.org.pl



Polski Związek Logopedów

Oddział Lubuski

tel. 068-453-14-02

NIP 712-25-21-399

Bank Pekao SA 93124065241111001025549051

DEKLARACJA WSTĄPIENIA DO PZL

od dnia

NAZWISKO I IMIĘ TYTUŁ NAUKOWY

ADRES DO KORESPONDENCJI : UL.....

e-mail..... tel.....

MIEJSCE PRACY (ADRES)

E-MAIL..... TEL.....

WYKSZTAŁCENIE LOGOPEDYCZNE (JAKIE, GDZIE, ROK UKOŃCZENIA):
.....
.....

Zobowiązuję się do przestrzegania statutu i regularnego opłacania składek oraz do powiadomienia PZL Oddział w Zielonej Górze o zmianach moich danych osobowych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie podanych przeze mnie danych, z zachowaniem postanowień ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (dz. u. nr 133, poz 883).

DATA..... PODPIS:

Uchwałą Zarządu OL PZL z dnia
przyjęto / nie przyjęto w poczet członków PZL

Podpis sekretarza OL PZL w Zielonej Górze

Uchwałą Zarządu OL PZL z dniaskreślono z listy
członków PZL

Podpis sekretarza OL PZL w Zielonej Górze

Oddział Lubuski Polskiego Związku Logopedów uprzejmie prosi o potrącanie składek członkowskich w wysokości **12 złotych** miesięcznie z wynagrodzenia - członka naszego związku, zatrudnionego w, na stanowisku

Potrącenia prosimy rozpocząć od dnia

Nr konta: **Bank Pekao SA 93 1240 6524 1111 0010 2554 9051**, umieszczając nazwisko i imię członka PZL na poleceniu przelewu.

pieczętka i podpis przewodniczącego

/podstawa prawna: Ustawa o związkach zawodowych z dnia 23.05.1991, z późniejszymi zmianami.(art.33¹-Dz.U.nr 107,poz.1127 z dnia 9.11.20002)/

Upoważniam

/wpisać odpowiedni dział płac w miejscu pracy członka związku/
.....
.....

do potrącania z moich poborów składki członkowskiej, w wysokości 12 zł miesięcznie, wynikającej z mojej przynależności do Polskiego Związku Logopedów.

Data

podpis