|  |  |
| --- | --- |
| NAZWISKO I IMIĘ  |  |
| PESEL  |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA  |  |
| TELEFON  |  | E-mail  |  |

# DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

# do Kasy zapomogowo-pożyczkowej

# przy Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków kasy zapomogowo-pożyczkowej przy Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu (zwaną dalej KZP).

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień statutu/regulaminu, który jest mi znany, uchwał oraz postanowień organów KZP.
2. Opłacę wpisowe określone statutem w wysokości **1% miesięcznego wynagrodzenia brutto**.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości **………….….… zł.** (*min. 20,00 zł.)*
4. Moje konto bankowe do rozliczeń z KZP: **………………………………………..……………………………..……………**
5. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego wpisowego oraz zadeklarowanych wkładów miesięcznych.
6. Zgadzam się na potrącanie z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, zasiłku wychowawczego oraz z wszystkich innych należności przysługujących mi od każdego pracodawcy, rat pożyczek udzielonych mi przez KZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
7. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd KZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
8. W razie mojej śmierci **osobą uprawnioną** do odbioru wpłaconych przeze mnie wkładów członkowskich, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia jest:

...………………………………….…………………………………… ………………………………………………

(Nazwisko i Imię) (PESEL)

……………………………………….………………………………………………..………… ……………………….……………..…………… …………….…………

 (Adres zamieszkania) (e-mail) (nr telefonu)

W załączeniu do niniejszej deklaracji przedkładam zgody udzielone w formie oświadczenia członka KZP składającego deklarację (*załącznik nr 2 do Statutu*) oraz osoby uprawnionej (*załącznik nr 3 do Statutu*).

 **………………………….. …………………..……….……………………….……………………..……..**

 (data) (Własnoręczny podpis składającego deklarację)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Uchwałą Zarządu KZP nr …………………… z dnia: ……….……………… przyjęto w poczet członków KZP z dniem: ……………………..……**

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

 (Podpisy członków Zarządu KZP)