

NAZWISKO I IMIĘ			
PESEL			
ADRES ZAMIESZKANIA (ulica, kod pocztowy, miejscowość)			
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)

Przyjęto w poczet członków KZP Uchwałą Zarządu KZP nr z dnia:

.....
(Podpisy członków Zarządu KZP)