



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

*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.*

Data Podpis

Oświadczam, że zobowiązuję się do przekazywania tytułem składki członkowskiej

40 złotych miesięcznie na konto Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

Imię i Nazwisko

.....

Data Podpis

Bank

.....

NRB