ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ I FIZJOTERAPII

Nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Miejsce Pracy ( zaznaczyć X )

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Laboratorium |  | Fizjoterapia |  | RTG |  | Emeryt |  |

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany(a) proszę o przyjęcie mnie w poczet członków

Związku Zawodowego Pracowników Diagnostyki Medycznej

i Fizjoterapii działającego …………………………………………………………….

Wyrażam zgodę na potrącanie 0,5% z moich miesięcznych poborów brutto i przekazywanie na wskazane konto Terenowej Organizacji Związku Zawodowego Pracowników Medycznej i Fizjoterapii

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Nr

Z siedzibą (adres)………………………………………………………………………………..

Podpis (czytelny) Podpis(czytelny)

osoby przyjmującej deklaracje osoby składającej deklaracje