

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

NSZZ



Ja niżej podpisany/a deklaruję wstąpienie do Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”.
Będę stosował/a się do postanowień Statutu Związku.

Zobowiązuję się do regularnego opłacania składek związkowych i wyrażam zgodę na ich pobieranie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia.

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. Nr 133 poz. 883) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji wyłącznie dla wewnętrznych potrzeb NSZZ „Solidarność”. Jestem świadomy(a) faktu, że przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Nazwisko		
<input type="text"/>		
Imię	PESEL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adres zamieszkania - miejscowość	Kod pocztowy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulica	Nr domu	Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Telefon komórkowy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adres e-mail		
<input type="text"/>		
Zakład pracy		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
Adres - miejscowość	Kod pocztowy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulica	Numer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Data

Podpis

WNIOSEK DO KSIĘGOWOŚCI

.....
Nazwa zakładu pracy

Nazwisko i imię

PESEL

Proszę o pobieranie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia składki związkowej na rzecz NSZZ „Solidarność” – stanowiącej 0, 82%:
a/ miesięcznych przychodów, osiąganych u pracodawcy z tytułu zatrudnienia w ramach stosunku pracy, z uwzględnieniem dodatków płacowych, z wyjątkiem: przychodów osiąganych z tytułu godzin nadliczbowych, przychodów zwolnionych z podatku dochodowego od osób fizycznych, różnego rodzaju deputatów, rekompensat, ekwiwalentów, odszkodowań, odpraw, nagród – w tym jubileuszowych – oraz świadczeń finansowanych ze środków przeznaczonych na cele socjalne w ramach zakładowego funduszu świadczeń socjalnych lub świadczeń urlopowych wypłacanych w zamian tych świadczeń.
b/ pobieranych pieniężnych zasiłków chorobowych i opiekuńczych z ubezpieczenia społecznego.

Data

Podpis

Przyjęto do organizacji związkowej uchwałą nr dnia

.....

Podpis

Ustanie członkostwa (przyczyna)

..... dnia

.....

Podpis