

.....
(pieczęć koła OZZTMR)

NR.....

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego
Techników Medycznych Radioterapii

*Oświadczam, że wstępuję do Ogólnopolskiego Związku Zawodowego
Techników Medycznych Radioterapii, znam jego Statut i popieram jego program.*

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania: kod:..... Miejscowość:.....

ulica:.....

tel. Kontaktowy adres e-mail:

Miejsce pracy :.....

.....

1) wypełniają osoby pracujące na etacie:

** Oświadczam, że zgadzam się na przekazywanie 1% mojej płacy zasadniczej na konto Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Techników Medycznych Radioterapii oraz deklaruję swoją przynależność do Regionalno-Ośrodkowego Koła*

W.....

dnia.....
(data i miejscowość) (własnoręczny podpis)

2) wypełniają osoby pracujące na umowach cywilno-prawnych, kontraktach i innych:

** Oświadczam, że zgadzam się na przekazywanie 60 zł miesięcznie na konto Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Techników Medycznych Radioterapii oraz deklaruję swoją przynależność do Regionalno-Ośrodkowego Koła*

.....

dnia.....
(data i miejscowość) (własnoręczny podpis)

Potwierdzam zgodność danych zawartych w deklaracji.:

dnia.....
(data i miejscowość) (podpis i pieczęć Przewodniczącego Koła)

Wypełnia Zarząd Krajowy:

NR członka OZZTMR..... W dniu..... wpisano do Krajowego Rejestru Członków

OZZTMR. Legitymacja związkowa nr..... została wydana w dniu.....

dnia.....
(data i miejscowość) (podpis i pieczęć przedstawiciela Zarządu Krajowego)

ADNOTACJE OZZTMR:

POTWIERDZENIE CZŁONKOSTWA NA ROK:

2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033