

.....
Nazwisko i imię

.....
PESEL

.....
Data urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

Deklaracja przystąpienia do MPKZP

Nr ewidencyjny.....

POTWIERDZENIE ZATRUDNIENIA

Niniejszym stwierdzam , że wnioskodawca jest zatrudniony/a w tutejszej placówce na czas określony/nieokreślony
oddo.....na stanowisku

Data

.....
pieczęć placówki oraz podpis osoby potwierdzającej zatrudnienie

**Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków MPKZP
przy Centrum Obsługi Jednostek Miasta Wałbrzycha**

oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązującego Statutu, który jest mi znany z uchwał walnego zebrania oraz postanowień władz MPKZP.
2. Opłatę wpisowe określone Statutem - spowoduję przelanie moich wkładów, z PKZP której byłem poprzednio członkiem,
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokościzł.
4. Wyrażam zgodę na potrącanie przez Zakład Pracy z mojego wynagrodzenia oraz innych świadczeń związanych ze stosunkiem pracy, zadeklarowanych wkładów , pozostałych opłat statutowych oraz rat udzielanych mi pożyczek i upoważniam Zarząd MPKZP do bezpośredniego występowania do zakładu pracy o potrącanie w/w należności.. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
5. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącanie mi wkładów i udzielonych pożyczek spowoduje skreślenie z listy członków MPKZP.
6. Zobowiązuje się zawiadomić Zarząd MPKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
7. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy wypłacić

Pan/Pani

zam. w..... ul.nr

dnia

.....
Własnoręczny podpis

Uchwałą Zarządu MPKZP z dniaprzyjęty(a) w poczet członków MPKZP z dniem

Pieczęć MPKZP

Zarząd MPKZP