
/nazwisko i imię/

Nr ewidencyjny: _____

/data urodzenia/

/adres zamieszkania/

**Deklaracja przystąpienia do Kasy Pomocy Koleżeńskiej Pielęgniarek
i Położnych przy DOIPIP we Wrocławiu**

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Kasy PKPiP, jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązujących w Statucie oraz postanowień Zarządu KPKPiP
2. Opłacę wpisowe określone Statutem.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości: _____
4. Składki i raty pożyczek zobowiązuję się wpłacać na konto Kasy PK do 15 każdego miesiąca.
5. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd Kasy o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
6. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić: _____

zam. _____ ul. _____ nr _____

Nazwa Zakładu Pracy: _____

Wrocław, dnia _____

/własnoręczny podpis/

/ potwierdzenie własnoręczności
podpisu przez pracownika
działu służb pracowniczych/

Uchwałą Zarządu KPK Pielęgniarek i Położnych z dnia: _____ przyjęto
w poczet członków KPK PiP z dniem _____.

Pieczęć KPK PiP

Skarbnik

Sekretarz

Przewodnicząca
