

Deklaracja członkowska

Ogólnopolski Związek Zawodowy Opiekunów Medycznych i Pracowników Pomocy Społecznej

Ja, niżej podpisany/a, proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Opiekunów Medycznych i Pracowników Pomocy Społecznej.

Oświadczam, że zapoznałem/am się ze Statutem Związku i zobowiązuję się do jego przestrzegania, a także do aktywnego uczestnictwa w jego działalności. Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie ze Statutem OZZOMiPPS, członek nie może należeć do innego związku zawodowego i zobowiązuję się przestrzegać tej zasady.

1. Dane osobowe kandydata/kandydatki

- Imię i nazwisko:
- Data i miejsce urodzenia:
- Numer PESEL:
- Adres zamieszkania:
.....
- Numer telefonu:
- Adres e-mail:

2. Dane dotyczące zatrudnienia

- Nazwa i adres pracodawcy:
.....
- Stanowisko:
- Data zatrudnienia:

3. Oświadczenia i zgody

a) Sposób opłacania składki członkowskiej

Miesięczna składka członkowska wynosi 20 zł. Proszę wybrać jedną z poniższych opcji.

☐ **Opcja 1 (potrącanie przez pracodawcę)**

Wyrażam zgodę na potrącanie miesięcznej składki członkowskiej z mojego wynagrodzenia przez pracodawcę i przekazywanie jej na konto Związku do 15. dnia każdego miesiąca. Upoważniam pracodawcę do dokonywania tego potrącenia bez dodatkowych formalności.

☐ **Opcja 2 (samodzielny przelew tradycyjny)**

Zobowiązuję się do samodzielnego opłacania miesięcznej składki członkowskiej w wysokości 20 zł na konto bankowe Związku do 15. dnia każdego miesiąca.

☐ **Opcja 3 (płatność online - subskrypcja)**

Zobowiązuję się do samodzielnego opłacania składki członkowskiej, korzystając z bezpiecznej płatności online, dostępnej w formie subskrypcji. Link do płatności znajdziesz tutaj: <https://www.naffy.io/czlonkowie-ozzomipps/skladka-czlonkowska-1Z0>

Proszę wybrać jedną z poniższych opcji:

☐ Miesięczna subskrypcja (20 zł/miesiąc)

☐ Kwartalna subskrypcja (płatność za 3 miesiące)

☐ Półroczna subskrypcja (płatność za 6 miesięcy)

☐ Roczna subskrypcja (płatność za 12 miesięcy)

b) Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji na potrzeby działalności Związku, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie

danych osobowych.

c) Świadomość praw i obowiązków

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawach i obowiązkach członka/członkini Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Opiekunów Medycznych i Pracowników Pomocy Społecznej.

4. Warunki członkostwa

Brak opłacania składki przez 3 kolejne miesiące skutkuje zawieszeniem członkostwa. Dalszy brak wpłat oznacza wykreślenie z listy członków.

Pamiętaj, że poprzez opłacanie składek inwestujesz w rozwój, bezpieczeństwo i przyszłość całej naszej grupy zawodowej.

Miejscowość, data:

Podpis kandydata/kandydatki:

5. Potwierdzenie przyjęcia w poczet członków

(do wypełnienia przez Zarząd)

Decyzja Zarządu w sprawie przyjęcia: ☐ Przyjąć ☐ Odmówić przyjęcia

Imię i nazwisko przedstawiciela Zarządu:

Stanowisko:

Data:

Podpis przedstawiciela Zarządu: