



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko

Adres:

Miejsce pracy: (oddział/inspektorat, BT)

Telefon:

E-mail:

.....
(data i czytelny podpis)

PRZYJĘTY (A) DO ORGANIZACJI Związek Zawodowy Związkowa Alternatywa w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych dnia:

Związek Zawodowy Związkowa Alternatywa z siedzibą w Warszawie oraz Związkowa Alternatywa w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z siedzibą w Domaszkanie jako administrator danych osobowych gromadzi Państwa dane osobowe uzyskane przez Zarząd Związku podczas podpisywania deklaracji członkowskiej oraz w trakcie przynależności do Związku Zawodowego, w szczególności: imię (imiona) i nazwisko, płeć, adres e-mail, adres do kontaktu, telefon, zakład pracy.

Ja niżej podpisana/podpisany, wskazuję Związek Zawodowy Związkowa Alternatywa w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych do występowania w moim imieniu i ustalania uzwiązkowania wyżej wymienionej organizacji, zgodnie z Ustawą o związkach zawodowych oraz innymi obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

.....
(data i czytelny podpis)

Oświadczam, iż zobowiązuję się do przestrzegania Statutu Związku Zawodowego Związkowa Alternatywa, w tym do regularnego opłacania składek członkowskich. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów statutowych Związku zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 14 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO). Szczegółowe zasady dotyczące ochrony danych osobowych znajdują się na stronie: www.za.org.pl

.....
(data i czytelny podpis)

.....
(Imię i nazwisko pracownika)

.....
(miejsowość, data)

.....
(komórka organizacyjna i stanowisko)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego, comiesięcznych składek w kwocie 8,00 zł od dnia z tytułu członkostwa w Związku Zawodowym „**Związkowa Alternatywa w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZZAwZUS)**”

.....
(podpis pracownika)

.....
(Imię i nazwisko pracownika)

.....
(miejscowość , data)

.....
(komórka organizacyjna)

Oświadczam , że wyrażam zgodę na pobieranie z mojego wynagrodzenia za pracę ,
wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego, **comiesięcznych**
składek w kwocie 10,00 zł. od dnia
z tytułu członkostwa w „ **Związku Zawodowym Związkowa Alternatywa w Zakładzie**
Ubezpieczeń Społecznych” (ZZ ZA w ZUS).

.....
(podpis pracownika)