



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko :.....

Miejsce pracy: (należy podać Oddział/Inspektorat , BT/Wydział)

.....

Telefon :

E-mail:

Oświadczam , iż zobowiązuje się do przestrzegania Statutu Związku Zawodowego Związkowa Alternatywa (dostępny na stronie www.za.org.pl) , w tym regularnego opłacania składek członkowskich.

Oświadczam , że:

wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego, comiesięcznych składek członkowskich (**załącznik z oświadczeniem zobowiązuje się przekazać do Wydziału Kadr w Oddziale**)

zobowiązuje się do samodzielnego opłacania składek z tytułu członkostwa w ZZ ZA w ZUS na rachunek bankowy związku:

Związek Zawodowy Związkowa Alternatywa w ZUS

71 1020 5112 0000 7402 0402 0400

Tytuł przelewu: składka za miesiąc (należy wskazać za jaki okres składka jest opłacana)

.....

(data i czytelny podpis)

Związek Zawodowy Związkowa Alternatywa z siedzibą w Warszawie oraz Związek Zawodowy Związkowa Alternatywa w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z siedzibą 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 i nazwisko , miejsce pracy , telefon, adres e-mail).

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

.....

(data i czytelny podpis)

Oświadczam , że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów statutowych Związku zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 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)

.....
(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)