

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja niżej podpisany/podpisana przystępuję do Związku Zawodowego Pracowników Lecznictwa Psychiatrycznego i Uzależnień. Przyjmuję do wiadomości informacje zawarte w Statucie Związku. Zobowiązuję się do regularnego opłacania składki członkowskiej w wysokości 20 zł/miesięcznie.

.........................................................................................

imię i nazwisko

..................................................................................................................

adres zamieszkania

...............................................................................................................................................................

miejsce pracy/stanowisko

................................................................................................................................................................

telefon email

.................................................................

data, podpis