

Nazwisko		Imię	
PESEL			
Ulica i nr domu		Miejscowość	
Kod pocztowy		Poczta	
Telefon		E-mail	

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO KZP

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej przy Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie (zwaną dalej KZP).

Jednocześnie oświadczam, że :

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania członków oraz postanowień organów KZP.
2. Opłacę wpisowe określone statutem.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości określonej w statucie.
4. Moje konto bankowe do rozliczeń z KZP:
.....
5. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mojego wynagrodzenia, zasiłku wpisowego oraz zadeklarowanych wkładów miesięcznych.
6. Zgadzam się na potrącanie z mojego wynagrodzenia, zasiłku oraz z wszystkich innych należności przysługujących mi od każdego pracodawcy, rat pożyczek udzielonych mi przez KZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
7. Przyjmuję do wiadomości, że wycofane przeze mnie zgody na potrącanie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków KZP.
8. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd KZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
9. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego

zadłużenia należy wypłacić Panu(i)

(Nazwisko i Imię)

.....
(PESEL)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Dnia)

.....
(Własnoręczny podpis)

Uchwałą Zarządu KZP dnia: przyjęto w poczet członków KZP z dniem:

.....
(Podpisy członków Zarządu KZP)