

**ZWIĄZEK ZAWODOWY
PRACOWNIKÓW UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
I UNIWERSYTECKICH SZPITALI KLINICZNYCH
W ŁODZI**

DEKLARACJA

1. Imię i nazwisko:
2. Tytuł:
3. Adres prywatny (ulica, numer domu, kod, miejscowość):
.....
.....
4. Telefon domowy:
5. Stanowisko służbowe:
6. Nazwa miejsca pracy (jednostka organizacyjna / zakład / katedra):
.....
7. Telefon służbowy:

Uprzejmie proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Związku Zawodowego Pracowników Uniwersytetu Medycznego i Uniwersyteckich Szpitali Klinicznych w Łodzi.
Jednocześnie oświadczam, że znana jest mi jest treść Statutu.

Łódź, dnia r.
(podpis)

Dział Płac
Uniwersytetu Medycznego
w Łodzi

Związek Zawodowy Pracowników Uniwersytetu Medycznego i Uniwersyteckich Szpitali Klinicznych uprzejmie prosi o nie potrącanie składek od miesiąca r.
z wynagrodzenia Pana/i
zatrudnionego/ej w
na stanowisku

.....
podpis