

.....
imię i nazwisko

.....
miejscowość, data

.....
placówka, stanowisko

.....
adres

**KOLEŻEŃSKA KASA
POŚMIERTNA przy
Oddziale Międzygminnym
ZNP w MYSŁOWICACH**

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Proszę o przyjęcie mnie na członka Koleżeńskiej Kasy Pośmiertnej. Zobowiązuję się do przestrzegania REGULAMINU KKP, który jest mi znany oraz wyrażam zgodę na potrącanie na liście płac należnych składek członkowskich.

W wypadku niemożności potrącania składek przez listę płac (np. odejście na emeryturę itp.) oświadczam że składkę na KKP będę opłacał indywidualnie zgodnie z REGULAMINEM KKP.

Oświadczam, że jestem członkiem związku zawodowego

.....
własnoręczny podpis

.....
pieczęć

PRZYJĘCIE NA CZŁONKA KKP

Zarząd Oddziału Międzygminnego ZNP w Mysłowicach stwierdza, że

..... został w dniu

/ imię , nazwisko /

członkiem Koleżeńskiej Kasy Pośmiertnej przy OM ZNP w Mysłowicach.

.....
podpis