

## **DEKLARACJA CZŁONKA ZZP UM**

Imię i nazwisko, Imię ojca .....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres i telefon.....

Wykształcenie.....

Data rozpoczęcia pracy zawodowej.....

Data rozpoczęcia pracy w UM.....

Zawód i stanowisko.....

Jednostka organizacyjna.....

Data wstąpienia do Związku po raz pierwszy i pełnione funkcje .....

Adnotacje:

Ja, niżej podpisany(a), proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Związku Zawodowego Pracowników Uniwersytetu Morskiego w Gdyni. Oświadczam, że znam statut związku i deklaruję aktywny udział w jego realizacji.

Jednocześnie wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie przez pracodawcę, z mojego wynagrodzenia brutto składki członkowskiej w wysokości 0,5%.

.....  
( data i podpis)

Zarząd ZZP UM w Gdyni, na posiedzeniu dn. .... przyjął  
..... w szeregi członków ZZP UM z  
dnem .....

Sekretarz..... Przewodniczący.....

### Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, których administratorem jest Związek Zawodowy Pracowników Uniwersytetu Morskiego dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań statutowych z ustawą z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz.U.2001.79.854). Informacje w sprawie ochrony danych osobowych otrzymałam/em. (Załącznik nr 1)

.....  
Miejsce i data złożenia oświadczenia

.....  
Własnoręczny – czytelny podpis osoby składającej oświadczenie