

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

NSZZ



Ja niżej podpisany/a deklaruję wstąpienie do Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”.

Będę stosował/a się do postanowień Statutu Związku.

Zobowiązuję się do regularnego opłacania składek związkowych i wyrażam zgodę na ich pobieranie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia.

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. (Dz. U. Nr 133 poz. 883) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji wyłącznie dla wewnętrznych potrzeb NSZZ „Solidarność”. Jestem świadomy(a) faktu, że przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

WYPEŁNIJ DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko			
Imię		PESEL	
Dane kontaktowe			
Adres zamieszkania			Kod pocztowy
Miejscowość			
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Telefon komórkowy		Telefon (inny)	
Adres E-mail			
Informacje o zakładzie pracy			
Nazwa		Adres - miejscowość	Kod pocztowy
BRIDGESTONE POZNAŃ SP. Z O.O.		POZNAŃ	61 - 017
Ulica	Numer	Brygada	Dział
B A Ł T Y C K A	6 5		
Nr ewidencyjny w zakładzie pracy - Nr TETA		Rodzaj umowy o pracę *	Wpisz datę końca umowy ***
		Na czas określony / Na stałe	
Uwagi pracownika do Komisji Zakładowej NSZZ Solidarność w Bridgestone Poznań			

Data

Podpis

BRIDGESTONE POZNAŃ SP. Z O.O.

Nazwa zakładu pracy

Nazwisko	
Imię	
PESEL	
Nr ewidencyjny w zakładzie pracy - Nr TETA	

Proszę o pobieranie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia składki związkowej na rzecz NSZZ „Solidarność” – stanowiącej 0,82%:
a/ miesięcznych przychodów, osiąganych u pracodawcy z tytułu zatrudnienia w ramach stosunku pracy, z uwzględnieniem dodatków płacowych, z wyjątkiem: przychodów osiąganych z tytułu godzin nadliczbowych/ponadwymiarowych/ponadnormatywnych, przychodów zwolnionych z podatku dochodowego od osób fizycznych, różnego rodzaju deputatów, rekompensat, ekwiwalentów, odszkodowań, odpraw, nagród – w tym jubileuszowych – oraz świadczeń finansowanych ze środków przeznaczonych na cele socjalne w ramach zakładowego funduszu świadczeń socjalnych lub świadczeń urlopowych wypłacanych w zamian tych świadczeń.
b/ pobieranych pieniężnych zasiłków chorobowych i opiekuńczych z ubezpieczenia społecznego.

Data

Podpis

* Niepotrzebne skreślić.

*** Jeżeli masz umowę na czas określony, wpisz datę końca umowy.