…………………………………………….…..

 (nazwisko i imię)

………………………………………………..

(numer PESEL lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)

………………………………………………..

 (dokładny adres do korespondencji)

………………………………………………..

 (nr telefonu lub adres poczty elektronicznej)

……………………………………………….

 (stan cywilny)

………………………………………………..

 (nazwa zakładu pracy)

**DEKLARACJA**

**Przystąpienia do KZP**

Proszę o przyjęcie mnie na poczet członków Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Stowarzyszeniu na Rzecz Osób z Autyzmem w Gorzowie Wlkp.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegać statutu Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Stowarzyszeniu na Rzecz Osób z Autyzmem w Gorzowie Wlkp. (który jest mi znany) oraz postanowień organów statutowych KZP.
2. Wpłacę wpisowe oraz będę wpłacać miesięczny wkład członkowski w wysokości…………..……………………zł.
3. Zgadzam się na potrącanie przez Zakład Pracy z mojego wynagrodzenia świadczeń na rzecz KZP zgodnie z przepisami Kodeksu Pracy: wpisowego, miesięcznych wkładów członkowskich, rat zaciągniętych pożyczek.
4. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody wyrażonej w pkt.3, spowoduje skreślenie mnie z listy KZP.
5. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu zadłużenia, proszę wpłacić osobie uprawnionej:

………………………………………………………….

 Imię i nazwisko osoby uprawnionej

………………………………………………………….

(nr pesel lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej)

………………………………………………………….

 (adres do korespondencji osoby uprawnionej)

…………………………………………………………..

 (nr telefonu lub adres poczty elektronicznej osoby uprawnionej)

………………………….., dnia………………………… ……………………………….

 (własnoręczny podpis)

Uchwałą Zarządu KZP z dnia ………………… przyjęto w poczet członków KZP z dniem …………………………... panią/pana …………………………………………….. .

Zarząd KZP: 1. ………………….…..

1. …….……………….
2. ...…………………..