

# P R I H L Á Š K A

## ZA ČLENA ODBOROVEJ ORGANIZÁCIE LOZ NEMOCNICA LEVOČA

**TITUL, MENO A PRIEZVISKO:** .....

**TRVALÉ BYDLISKO:** .....

**ODDELENIE:** .....

**KONTAKTNÝ E-MAIL:** .....

Svojím podpisom potvrdzujem svoje rozhodnutie stať sa riadnym členom odborovej organizácie LOZ Nemocnica Levoča. Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že súhlasím s cieľmi a stanovami LOZ Nemocnica Levoča a som ochotný/á ich plniť, zároveň súhlasím s výškou ročného členského príspevku vo výške 25,00 - (dvadsaťpäť) eur.

Súčasne podpisom tejto prihlášky potvrdzujem, že som sa oboznámil/a s podmienkami spracúvania mojich osobných údajov (predovšetkým o obsahu a účele ich spracovania) Lekárskym odborovým združením Nemocnica Levoča so sídlom Nemocnica Agel Levoča a.s., Probstnerova cesta 2/3082 054 01 Levoča, IČO: 42237611.

Dátum: ..... Podpis: .....

---

Výkonný výbor schválil prijatie: ....., za riadneho člena LOZ

Nemocnica Levoča dňa: ..... pečiatka a podpis: .....