

PRIHLÁŠKA

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: