

DEKLARACJA

Zgłaszam chęć przystąpienia do Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Lekarskiej Regionu Rzeszowskiego

1. Imię i nazwisko:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. Uczelnia i data uzyskania dyplomu:
4. Adres, telefon:
5. Nazwa banku i nr rachunku:
6. Miejsce pracy: adres, telefon:
7. E-mail:
8. PESEL:

Statut Stowarzyszenia jest mi znany, zgadzam się na wpłacanie składek o ustalonej wysokości i w wyznaczonym terminie. Do podjęcia odprawy pośmiertnej upoważniam:

imię i nazwisko

stopień pokrewieństwa

adres

35-030 Rzeszów ul. Dekerta 2;
tel: 17 717 77 26, kasalek@o2
nr konta PKO BP I O/RZESZÓW
17 1020 4391 0000 6202 0064 8964

.....
podpis i pieczęć

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jest mi znany Regulamin finansowy Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Lekarskiej Regionu Rzeszowskiego i w pełni akceptuję jego postanowienia.

W szczególności jest mi wiadome, że:

- Prawo do uzyskania zapomogi zwrotnej członek Stowarzyszenia uzyskuje po sześciomiesięcznej przynależności do Stowarzyszenia pod warunkiem zabezpieczenia spłaty, przy czym zapomoga zwrotna powinna zostać spłacona w 10 miesięcznych ratach;
- wpisowe wynosi jednorazowo 30 zł i ma charakter bezzwrotny;
- składki mają charakter bezzwrotny;
- składka miesięczna lekarza pracującego wynosi 30 zł, a lekarza emeryta lub rencisty 10 zł,
- odprawa pośmiertna wynosi 4.500 zł,
- maksymalna wysokość zapomogi zwrotnej to 15.000 zł, chyba że Zarząd postanowi inaczej,
- zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych umieszczoną na stronie internetowej

<https://www.oil.rzeszow.pl/strona/stowarzyszenie-wzajemnej-pomocy-lekarskiej-regionu-rzeszowskiego>

.....
podpis i pieczęć