

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO MKZP Pracowników Oświaty Gminy Szaflary

Nr komp./ewidencyjny .....

Nazwisko i imię .....

Imiona rodziców .....

Data urodzenia .....

Miejsce zamieszkania .....

Adnotacja o zmianie miejsca zamieszkania .....

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej Pracowników Oświaty Gminy Szaflary.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania członków oraz postanowień organów MKZP Pracowników Oświaty Gminy Szaflary.
2. Opłacę wpisowe określone statutem.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski określony statutem.
4. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku wychowawczego wpisowego oraz zadeklarowanych wkładów miesięcznych.
5. Zgadzam się na potrącanie z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku wychowawczego oraz z wszystkich innych należności, rat pożyczek udzielonych mi przez MKZP Pracowników Oświaty Gminy Szaflary. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
6. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącanie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków MKZP Prac. Oświaty Gminy Szaflary.
7. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd MKZP Pracowników Oświaty Gminy Szaflary o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
8. W razie mojej śmierci wpłacone przez mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy wypłacić Panu(i) .....  
zam. w ..... ul. .... nr .....

....., dnia ..... 20..... r.

.....  
(własnoręczny podpis)

---

Uchwałą Zarządu MKZP Prac. Oświaty Gminy Szaflary z dnia ..... 20..... r.

przyjęty(a) w poczet członków MKZP Pracowników Oświaty Gminy Szaflary

z dniem ..... 20..... r.

/Pieczęć MKZP/

.....  
(Skarbnik)

.....  
(Sekretarz)

.....  
(Przewodniczący)

---