



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

WIELKOPOLSKIEGO ZWIĄZKU PRACODAWCÓW OCHRONY ZDROWIA

Działając z upoważnienia organu osoby prawnej, uprawnionego do składania oświadczeń woli w jej imieniu, niniejszym deklaruje przystąpienie do Wielkopolskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia i stosowanie się do postanowień statutu Związku.

Pieczęć podmiotu:

NIP:

Osoba zarządzająca podmiotem / pełnomocnik:*

Stanowisko:

Nazwa podmiotu:

Adres podmiotu:

Telefon:

Liczba zatrudnionych osób:

E-mail:

Adres strony internetowej:

Rodzaj prowadzonej działalności / wysokość składki:**

- dla podmiotów prowadzących POZ – 8 gr od aktywnej deklaracji (minimum 150 PLN).
 dla podmiotów prowadzących AOS – 0,5 % miesięcznego kontraktu.
 dla podmiotów prowadzących AOS z POZ – wysokość składki liczona jest od POZ lub AOS (w zależności, która wartość będzie wyższa).

Oświadczam, że znana jest mi treść statutu Wielkopolskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia i deklaruje terminowe przekazywanie składek członkowskich, w wysokości ustalonej przez Zarząd Związku. **Opłatę wpisową – 100 PLN oraz składki miesięczne (składka zwolniona z VAT) zobowiązuje się zapłacić przelewem na konto WZPOZ na podstawie noty członkowskiej przesyłanej drogą elektroniczną, na adres e-mail podany w deklaracji.**

* niepotrzebne skreślić

** właściwe zaznaczyć krzyżykiem

.....
Podpis przedstawiciela Związku

Zarejestrowano pod nr

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

.....
Podpis i pieczęć deklarującego