

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

NSZZ



1. Ja niżej podpisany/a deklaram wstąpienie do Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”. Oświadczam, że będę stosował/a się do postanowień Statutu Związku, w szczególności zobowiązuję się do regularnego opłacania składek związkowych oraz wyrażam zgodę na potrącanie składek przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia.

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie poniższych danych osobowych w związku z realizacją celów statutowych NSZZ „Solidarność”.

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie poniższych danych osobowych w celu wydania legitymacji elektronicznej.

4. Potwierdzam, że otrzymałem klauzulę informacyjną zgodną z tzw. RODO stanowiącą załącznik do Deklaracji Członkowskiej NSZZ „Solidarność”.

WYPEŁNIJ DRUKOWANYMI LITERAMI

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

Adres zamieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Telefon komórkowy

Adres E-mail

Informacje o zakładzie pracy

Bridgestone Poznań Sp. z o.o. ul. Bałtycka 65 61-017 Poznań

Nr TETA

Brygada

Dział

Stanowisko

Rodzaj umowy o pracę *

Wpisz datę końca umowy **

Uwagi pracownika do Komisji Zakładowej NSZZ Solidarność w Bridgestone Poznań

Proszę o pobieranie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia składki związkowej na rzecz NSZZ „Solidarność” – stanowiącej 0,82%:

a/ miesięcznych przychodów, osiąganych u pracodawcy z tytułu zatrudnienia w ramach stosunku pracy, z uwzględnieniem dodatków płacowych, z wyjątkiem: przychodów osiąganych z tytułu godzin nadliczbowych, różnego rodzaju deputatów, rekompensat, ekwiwalentów, odszkodowań, odpraw, nagród – w tym jubileuszowych – oraz świadczeń finansowych ze środków przeznaczonych na cele socjalne w ramach zakładowego funduszu świadczeń socjalnych lub świadczeń urlopowych wypłacanych w zamian tych świadczeń oraz pozostałych przychodów zwolnionych z podatku dochodowego od osób fizycznych niebędących wynagrodzeniem,

b/ świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w przypadku choroby i macierzyństwa,

c/ miesięcznych przychodów uzyskanych z innego tytułu niż stosunek pracy.

Data

Podpis

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli masz umowę na czas określony, wpisz datę końca umowy.

