

..... dnia..... 20 r.
.....
.....
.....
nazwa i adres Zakładu Opieki Zdrowotnej

reprezentowany przez:

.....
.....

WNIOSEK

o przyjęcie w poczet Członków
Małopolskiego Związku Pracodawców
Zakładów Opieki Zdrowotnej

Niniejszym składam wniosek o przyjęcie,
nazwa Zakładu Opieki Zdrowotnej

w poczet Członków Małopolskiego Związku Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej z
siedzibą w Krakowie.

Równocześnie oświadczam, iż akceptuję treść Statutu Związku oraz jako reprezentant
Zakładu Opieki Zdrowotnej zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz przestrzegania
wszelkich obowiązujących przepisów wewnętrznych Związku.

Oświadczam również, iż,
nazwa Zakładu Opieki Zdrowotnej

..... słownie (.....) pracowników. Dane te
zobowiązuję się potwierdzić lub uaktualnić w ciągu 21 dni pismem podpisanym przez osobę
odpowiedzialną za sprawy kadrowe w Zakładzie który reprezentuję i przesłać na adres Biura
Związku: Al. Słowackiego 48, 30-018 Kraków.

W związku z powyższym przysługuje głosów
nazwa Zakładu Opieki Zdrowotnej
na Walnym Zgromadzeniu Członków Związku.

w imieniu Zakładu Opieki Zdrowotnej

.....