

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

Niniejszym zgłaszam wolę przystąpienia do Pracodawców Zdrowia z dniem

Akceptuję Statut Związku i deklaruję jego przestrzeganie a także czynny udział w działalności statutowej.

PEŁNA NAZWA ŚWIADCZENIODAWCY (pieczętka)

Adres:

Kod pocztowy, Miasto:.....

Telefon/ Fax:.....

E-mail:.....

Kod świadczeniodawcy.....

Nazwisko i imię osoby upoważnionej do reprezentowania

Telefon komórkowy

E-mail

.....

.....

Miejscowość, data

Podpis, pieczętka

- o Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Pracodawców Zdrowia danych osobowych osobom trzecim tj. Medical Progress sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Żelaznej 34 oraz dostawcom towarów i usług współpracującym z Medical Progress sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu w celu prawidłowego rozliczania Grupy Zakupowej w tym stosowania rabatów i promocji dla Członków Grupy Zakupowej,

.....

.....

miejscowość i data

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa

- o Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Pracodawców Zdrowia niezbędne do realizacji celów statutowych,

.....

.....

miejscowość i data

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa

- o Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Pracodawców Zdrowia w celach marketingowych w tym otrzymywania drogą elektroniczną informacji handlowych na podany adres e-mail wysyłanych wyłącznie przez biuro Pracodawców Zdrowia,

.....

.....

miejscowość i data

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa

Pierwszą stronę Oświadczenia należy odesłać na adres:

Pracodawcy Zdrowia

53-428 Wrocław, ul. Żelazna 34/310 i 310a

OŚWIADCZENIE

**dotyczące wysokości składki członkowskiej tytułem przynależności
do Pracodawców Zdrowia**

Zgodnie z uchwałą nr 5/2014 Zgromadzenia Ogólnego Członków Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia
Dolnego Śląska z dnia 14.06.2014r. – jako reprezentant firmy:

.....
Pieczęć

oświadczam, że zgodnie z tabelą* , deklaruję składkę członkowską w wysokości:

miesięczniezł

(słownie zł)

Liczba zadeklarowanych pacjentów w POZ	
Kwota kontraktu w AOS	
Liczba zatrudnionych pracowników (wszystkie formy zatrudnienia) w przypadku jednostek nie posiadających kontraktu z NFZ	
Razem składka	

i zobowiązuję się uiszczać ją z góry do 15 każdego miesiąca.

..... dnia

.....
podpis Dyrektora / Prezesa firmy
i pieczęć

**SKŁADKI CZŁONKOWSKIE NALEŻY WPŁACAĆ NA RACHUNEK BANKOWY nr 66 1500 1793 1217
9004 7377 0000**

**W KREDYT BANK IV Oddział KB SA we Wrocławiu w tytule koniecznie podać numer
świadczeniodawcy i NIP świadczeniodawcy**