DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

NSZZ Solidarność BOGDANKA

Nr komputera

Ja niżej podpisany/a deklaruję wstąpienie do Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność". Będę stosował/a się do postanowień Statutu Związku.

Zobowiązuję się do regularnego opłacania składek związkowych i wyrażam zgodę na ich pobieranie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia.

Administratorem moich danych osobowych jest Organizacja Międzyzakładowa NSZZ „Solidarność" Lubelski Węgiel „Bogdanka" S.A., 21-013 Puchaczów, Bogdanka; kontakt: solidarnosc@lw.com.pl. Dane, w tym informacja o przynależności związkowej stanowiąca szczególną kategorię danych, będą przetwarzane wyłącznie w celu przyjęcia i realizacji członkostwa oraz statutowej działalności Związku, w szczególności na podstawie art. 9 ust. 2 lit. d RODO. Dane będą przechowywane przez okres członkostwa oraz wymagany przepisami okres archiwizacji. Przysługuje mi prawo dostępu do danych, ich sprostowania i ograniczenia przetwarzania, a w przypadkach przewidzianych prawem także usunięcia danych i sprzeciwu, oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Nazwisko | **Imię**

PESEL | **Telefon**

Adres zamieszkania - miejscowość | **Kod pocztowy**

Ulica | **Nr domu** | **Nr lokalu**

Telefon komórkowy | **Adres e-mail**

Zakład pracy

Adres zakładu - miejscowość | **Kod pocztowy**

Ulica | **Numer**

Data | **Podpis (imię i nazwisko lub podpis odręczny po wydruku)**

WNIOSEK DO KSIĘGOWOŚCI

Nazwa zakładu pracy

Nazwisko i imię | **PESEL**

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 zwolnionych z podatku dochodowego od osób fizycznych, różnego rodzaju deputatów, rekompensat, ekwiwalentów, odszkodowań, odpraw, nagród - w tym jubileuszowych - oraz świadczeń finansowanych ze środków przeznaczonych na cele socjalne w ramach zakładowego funduszu świadczeń socjalnych lub świadczeń urlopowych wypłacanych w zamian tych świadczeń. b/ pobieranych pieniężnych zasiłków chorobowych i opiekuńczych z ubezpieczenia społecznego.

Data | **Podpis (imię i nazwisko lub podpis odręczny po wydruku)**

Dokument można wypełnić na komputerze, a następnie zapisać lub wydrukować.

CZĘŚĆ ORGANIZACJI ZWIĄZKOWEJ

Przyjęcie do organizacji związkowej

Numer uchwały

Data przyjęcia

Podpis

Ustanie członkostwa

Przyczyna

Data

Podpis