

Голові Правління
філії _____
громадської організації “Лікарняна каса Львівської залізниці”

для працюючого	Прізвище												
	Ім'я												
	По батькові												
	Стать (ч/ж)	<input type="checkbox"/>											
	Дата народження	рік					місяць			день			
	Домашня адреса												
	Контактний телефон												
	Паспорт	серія					№						
	Ідентифікаційний номер												
	Місце праці												
Посада													

Заява

Прошу прийняти мене в члени філії _____
громадської організації “Лікарняна каса Львівської залізниці”.

Зі Статутом громадської організації та Положенням про філію ознайомлений і приймаю на себе зобов'язання дотримуватись їх, а також рішень керівних органів та вчасно сплачувати членські внески.

Дата _____ Підпис _____ (_____)

Підписанням цього тексту я, відповідно до Закону України “Про захист персональних даних” від 01.06.2010 № 2297-VI, письмово надаю згоду ГО “Лікарняна каса Львівської залізниці”, її філіям (далі - ГО ЛКЛЗ) на обробку моїх особистих персональних даних у картотеках та/або за допомогою інформаційно-телекомунікаційної системи бази персональних даних з метою забезпечення медичного обслуговування через ГО ЛКЛЗ. Зобов'язуюсь при зміні персональних даних надавати у найкоротший термін відповідальній особі уточнену інформацію та надавати оригінали відповідних документів для внесення моїх нових особистих даних до бази персональних даних. **Про внесення моїх персональних даних у базу даних ГО ЛКЛЗ повідомлений.**

Дата _____ Підпис _____ (_____)

Відмітка про отримання заяви _____ **ГО ЛКЛЗ**
Дата _____ Підпис _____

(Голові правління АТ «Укрзалізниця»/
керівнику регіональної філії/ філії або керівнику виробничого/структурного
підрозділу)

(ПІБ)

Працівника _____

(посада, таб №

служба/відділ

прізвище, ім'я, по-батькові)

Заява

Прошу щомісяця, починаючи з _____ 20__ р., утримувати з
моєї заробітної плати членські внески в сумі 100 грн і перераховувати їх до
філії _____ громадської організації
«Лікарняна каса Львівської залізниці».

(дата)

(підпис)

(Голові правління АТ «Укрзалізниця»/
керівнику регіональної філії/ філії або керівнику виробничого/структурного
підрозділу)

(ПІБ)

Працівника _____

(посада, таб №,

служба/відділ

прізвище, ім'я, по-батькові)

Заява

Прошу надавати мені щомісячну матеріальну допомогу в розмірі
124, 22 грн на відшкодування членських внесків до
_____ громадської організації «Лікарняна каса
Львівської залізниці» відповідно до пункту _____ колективного
договору _____

(дата)

(підпис)