



Związek Zawodowy Techników Farmaceutycznych RP

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Deklaruję członkostwo w Związku Zawodowym Techników Farmaceutycznych RP.
Zobowiązuję się do przestrzegania statutu Związku i regularnego opłacania składki członkowskiej.

.....
(imię i nazwisko)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....
(adres korespondencyjny – ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość i województwo)

telefon

* telefon kom

* e-mail

.....
(data i podpis)

*) adres e-mail oraz nr tel.kom. są ważnymi elementami deklaracji, ponieważ zapewnia szybkie przekazywanie informacji – **prosimy o konieczne uzupełnienie tych danych**)

Wypełnioną deklarację należy przesłać na adres:

**ZZTF RP
Ul. G.Morcinka 11/5
93-217 Łódź**