

.....
Nazwisko i imię

**Nr ewidencyjny
członka SKP**

.....
Data urodzenia

.....
Adres zamieszkania

**Deklaracja przystąpienia
do SKP**

.....
Miejsce pracy

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Samorządowej Kasy Pożyczkowej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę przestrzegać zapisów obowiązującego Statutu.
2. Deklaruję miesięczną składkę członkowską w wysokości 10 zł plus 15 zł wpisowego.
3. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na płacenie składek spowoduje skreślenie mnie z listy członków SKP.
4. W razie ustania mego członkostwa do wybrania zgromadzonych przeze mnie wkładów upoważniam:

.....zam.

.....
Data