

.....  
imię, nazwisko

.....  
pesel

.....  
adres zamieszkania, e-mail, tel komórkowy

.....  
miejsce i adres pracy + tel do pracy

**DEKLARACJA  
PRZYSTĄPIENIA DO  
LEKARSKIEJ KASY  
POŻYCZKOWEJ  
przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi**

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Lekarskiej Kasy Pożyczkowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi .

Oświadczam, że:

1. jest mi znany Statut i Regulamin LKP
2. wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia przez mój zakład pracy zobowiązań finansowych wobec LKP .....
3. powyższa zgoda obowiązuje przez cały czas trwania mojego członkostwa w LKP
4. będę osobiście regulować sprawy finansowe w LKP

W przypadku mojej śmierci do odbioru moich wkładów upoważniam imiennie:

..... imię, nazwisko, pesel

..... adres zamieszkania,

data .....

pieczętka i podpis \*

\*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych -

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 tzw .RODO.

Powyższe dane są chronione i służą wyłącznie LKP w Łodzi. Nie zostaną one wykorzystane do innych celów bez wiedzy i zgody składającego deklarację przystąpienia.

---

Uchwałą Zarządu LKP w dniu..... przyjęto w poczet członków LKP przy OIL  
w Łodzi

.....  
podpisy członków Zarządu LKP

---

proszę odciąć poniższy odcinek i złożyć w dziale płac w miejscu pracy

.....  
imię, nazwisko , pesel

Niniejszym upoważniam zakład pracy do:

- jednorazowego potrącenia kwoty 20,00 zł tytułem wpisowego do LKP
- comiesięcznego potrącania kwoty 20,00 zł tytułem składki członkowskiej
- przekazywanie comiesięczne rat ewentualnego mojego zadłużenia

Konto LKP: **03 1020 3352 0000 1502 0010 6195**

.....  
podpis i pieczętka