

*Deklaracja przystąpienia do Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej
przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu*

Nazwisko i Imię:.....

Data urodzenia:.....

Miejsce zamieszkania:.....

Nr telefonu/mail.....

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków LKPK.

Jednocześnie oświadczam, że :

1. Będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązującego statutu oraz postanowień Zarządu LKPK

2. **Oplacę wpisowe określone statutem- 60 zł.**

3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości (nie mniej niż 50zł).....

4. Składki i raty pożyczek zobowiązuję się wpłacać na konto LKPK do dnia 15-go każdego miesiąca poprzez bank.

5. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd LKPK o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania i miejsca pracy

6. W razie mojej śmierci, wpłacone wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy wypłacić Panu/Pani.....

zam.....ul.....

7. Informuję że jestem ,zatrudniony w :

- Uspołecznionej służbie zdrowia
/ nazwa zakładu /

- Prywatnej służbie zdrowia
/ nazwa zakładu /

- Wykonuję praktykę lekarską w ramach gabinetu
/ nazwa gabinetu /

8. Oświadczam, że zapoznałem się ze statutem LKPK

Dnia20....r.

Podpis

Uchwałą Zarządu LKPK z dnia.....20....r. przyjęty/a w poczet członków

LKPK z dniem.....20....r.

Pieczęć LKPK

Skarbnik

Sekretarz

Przewodniczący