#  **Členská přihláška**

#  **ZO OS ZSP ČR, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady**

#  **100 00 Praha 10, Šrobárova 1150/50, IČ: 48548669**

#  *(dále jen „Odborová organizace“)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | **Jméno a příjmení, titul:** |  |  |
|  | **Rodné číslo:**  |  |  |
|  | **Bydliště / doručovací adresa:** |  |  |
|  | **Telefon:** |  |  |
|  | **E-mail:** |  |  |
|  | **Pracoviště:** |  |  |
|  | **Pracovní zařazení:** |  |  |
|  | **Osobní číslo FNKV:** |  |  |
|  | **Úvazek:** |  |  |
|  |  |  |  |

 Přihlašuji se za člena Odborové organizace a zavazuji se plnit své povinnosti vyplývající ze stanov, finančního řádu a ostatních závazných dokumentů Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče (dále jen „OSZSP ČR“),v souladu s interními předpisy Odborové organizace, zejména platit stanovený měsíční členský příspěvek.

 Uděluji ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (GDPR) souhlas s tím, aby Odborová organizace a OSZSP ČR za účelem mého členství, zejména vedení členské evidence, uplatňování mých práv a zájmů, poskytování výhod členům, vč. zajišťování právní pomoci apod., zpracovávaly mé výše uvedené osobní údaje, včetně údaje o mém členství v odborové organizaci.

Datum a podpis: ………………………………………

Výbor Odborové organizace projednal přihlášku a souhlasí se členstvím.

V Praze dne ………………………………

 …………………………………………………………………

  *Podpis a razítko Odborové organizace*