

**PRIHLÁŠKA člena Základnej organizácie SOZ ZaSS
Základná organizácia pri
Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave**

Meno, priezvisko, titul :

Dátum narodenia :

Adresa bydliska :

Pracovisko, adresa :

Tel. kontakt (mobil):

Pracovné zaradenie :

E-mail:

Svojim podpisom potvrdzujem, že sa chcem stať členom Slovenského odborového zväzu zdravotníctva a sociálnych služieb so všetkými právami a povinnosťami člena SOZ.

Dátum:

Podpis:

Výbor Základnej odborej organizácie prerokoval a súhlasí s členstvom odo dňa:

Podpis predsedu a pečiatka ZO:
