ZASP Wpłynęło 13 PAŹDZ 19..
L. dz. .....
Zarząd Główny .....
Załatwi .....
Wykonano dn. .....
Do akt .....

F

D E K L A R A C J A

Niniejszym oświadczam, że pragnę nadal byś uczestnikiem Funduszów Samopomocowych ZASP (kasy: jubileuszowa i pogrzebowa oraz fundusz schronisk) oraz korzystać ze świadczeń tych Funduszów stosownie do obowiązujących regulaminów.

W związku z tym zobowiązuję się opłacać regularnie składki na rzecz powyższych Funduszów w wysokości ustalonej przez Komisję Likwidacyjną ZASP wzgl. organizację która po likwidacji ZASPu przejmie administrację Funduszów.

Przyjmuję równocześnie do wiadomości, że zaleganie ze składkami ponad 3 miesiące skutkuje automatyczne skreślenie z listy uczestników Funduszów Samopomocowych ZASP.-

październik, dnia 10 1949 r.

Dokładny adres:
Łódź Piotrkowska 203 m 4

Nr. leg. ZASP 359

Gallowa Jadwiga Halina

(pełny czytelny podpis)