ZASP Wpłynęło 24.9.50
L. dz.
Zarząd Główny
Załatwi
Wykonane dn.
Do akt

F

D E K L A R A C J A

Niniejszym oświadczam, że pragnę nadal być uczestnikiem Funduszów Samopomocowych ZASP (kasy: ~~jubileuszowej~~ 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.-

Szczecin, dnia 10-12-19~~49~~50.

Dokładny adres:
Nina Berska
Szczecin Sławka 41.

Nr.leg.ZASP...432.....

Nina Berska

(pełny czytelny podpis)