F

ZASP Wpłynęło 14/III 1950 r.
l. dz. .....
Zarząd Główny .....
Załatwi .....
Wykonano dn. .....
Do akt .....

D E K L A R A C J A

Niniejszym oświadczam, że pragnę nadal być 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 automatycznie skreślenie z listy uczestników Funduszów Samopomocowych ZASP.-

----------, dnia- 1 grudnia -19.49.r.

Dokładny adres:

Helena Dotke-Gurnicka

Warszawa Bereźniska 29 m 2.

Nr. leg.ZASP. 393.....

Helena Dotke-Gurnicka

(pełny czytelny podpis)

Skreślony z listy uczestników F. S.
Uchwała z dnia ..... 195 .. r.