**N NIEZALEŻNY SAMORZĄDNY ZWIĄZEK ZAWODOWY**

**”SOLIDARNOŚĆ”**

 **ORGANIZACJA MIĘDZYZAKŁADOWA**

 **FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW**

 **POLICJI**

 **WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO**

 ul. pl. 3-Maja 8; 26-400 Przysucha;

 NIP: 6010093578; REGON: 521447640

 tel. 601-997-219; 511-729-806; e-mail: zarząd@mazowieckapolicja-solidarność.pl

……………………………………………… …………………………….

(imię i nazwisko) (miejscowość, data)

…………………………….

(nr ID)

………………………………………………

(jednostka, komórka organizacyjna)

………………………………………………

(PESEL)

 **Wydział Finansów**

 **KSP w Warszawie**

**OŚWIADCZENIE – ZGODA**

 Oświadczam, iż wyrażam zgodę na potrącanie z moich miesięcznych poborów, składki na poczet Organizacji Międzyzakładowej NSZZ „Solidarność” Funkcjonariuszy i Pracowników Policji Województwa Mazowieckiego.

…………………………….

(podpis)