

**MAŁOPOLSKI ZWIĄZEK PRACODAWCÓW OCHRONY ZDROWIA -
POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE**

34-600 Limanowa, ul. Piłsudskiego 12, tel./fax 018/33 72 527

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

Niniejszym zgłaszam wolę przystąpienia do Małopolskiego Związku Pracodawców
Ochrony Zdrowia - Porozumienie Zielonogórskie z dniem:
Akceptuję Statut Związku i deklaruję jego przestrzeganie, a także czynny udział w
działalności statutowej.

BRANŻA : PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

PEŁNA NAZWA ŚWIADCZENIODAWCY

.....
.....

Adres:.....

Kod pocztowy:.....**pocztą:**.....

Telefon:.....**Fax:**.....

E-mail:.....

Nazwisko i imię osoby upoważnionej do reprezentowania zakładu:

.....

Stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania zakładu:

.....

Telefon:.....**Telefon komórkowy:**.....

E-mail:.....

Forma zakładu /Publiczny, Niepubliczny/:.....

Personel ogółem:.....**Lekarze:**.....**Pielęgniarki:**.....

Ilość pacjentów:.....

Miejscowość, data.....

Podpis.....

pieczęć.....