



PŘIHLÁŠKA

**člena regionální organizace
Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR**

Příjmení	
Jméno	
Titul	
Rodné číslo bez číslic za lomítkem	
Ulice (popř. obec)	
Místo (obec sídla pošty)	
PSČ	
Telefon	
E-mail	
Název a adresa zaměstnavatele	
Pracovní zařazení	

Souhlasím, aby regionální organizace a OSZSP ČR za účelem mého členství, zejména vedení členské evidence, uplatňování mých práv a zájmů, zpracovávaly výše uvedené osobní údaje, včetně údaje o členství v odborové organizaci.

**Touto přihláškou žádám o registraci členství v regionální organizaci
a souhlasím s podmínkami členství.**

Datum:.....

.....
Podpis