

Tato verze je platná od 1.1.2017. Předchozí formuláře jsou neplatné.



ODHLÁŠKA

Odhlašuji se ze členství
ZO OS FN PLZEŇ

Příjmení, jméno, titul:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Ulice (popř. obec):	
Místo (obec sídla pošty), PSČ:	
Mobil a e-mail:	
Pracoviště:	
Pracovní zařazení:	
Osobní číslo:	
Člen odborů od roku:	

.....

datum

.....

vlastnoruční podpis

MÍSTO PRO ÚDAJE ZO:

Výbor ZO OS FN PLZEŇ projednal odhlášku dne:

Členství zaniká ode dne:

.....

razítko a podpis předsedy základní organizace
Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR

Výstupní hodnocení činnosti ZO (připomínky):

.....