

Nr członkowski w SKOK

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

ZMIANA DANYCH OSOBOWYCH CZŁONKA/PEŁNOMOCNIKA

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| NAZWISKO | | | | | | | | | | | |
| NAZWISKO PRZED ZMIANĄ* | | | | | | | | | | | |
| IMIONA | | | | | | | | | | | |
| DOWÓD OSOBISTY SERIA I NR | | | | WYDANY PRZEZ | | | | | | | |
| STAN CYWILNY* | | <input type="checkbox"/> Mężatka/ żonaty | | <input type="checkbox"/> Panna/ kawaler | | <input type="checkbox"/> Rozwiedziona/ rozwiedzony | | <input type="checkbox"/> Separacja sądowa | | <input type="checkbox"/> Wdowa/ wdowiec | |
| TELEFON STACJONARNY* | | | TELEFON KOMÓRKOWY* | | | E-MAIL | | | | | |
| ZAKŁAD PRACY* | | | | Dotyczy osób deklarujących regulowanie należności poprzez transfer z zakładu pracy: | | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Płatnik/wydział | | <input type="checkbox"/> nr ewidencyjny w zakładzie | | <input type="checkbox"/> umysłowy | | <input type="checkbox"/> fizyczny | |
| Miejscowość | | | | Data | | Czytelny podpis Członka/Pelnomocnika | | Za Zarząd: Czytelny podpis Pracownika | | Czytelny podpis Pracownika | |
| Potwierdzam wprowadzenie zmian do systemu..... | | | | | | Data | | | | | |
| Data | | | | | | Czytelny podpis Pracownika | | | | | |

* Wypełnić tylko pozycje ulegające zmianie

INFORMACJA CHRONIONA SKOK



Nr członkowski w SKOK

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

ZMIANA DANYCH OSOBOWYCH CZŁONKA/PEŁNOMOCNIKA

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| NAZWISKO | | | | | | | | | | | |
| NAZWISKO PRZED ZMIANĄ* | | | | | | | | | | | |
| IMIONA | | | | | | | | | | | |
| DOWÓD OSOBISTY SERIA I NR | | | | W WYDANY PRZEZ | | | | | | | |
| STAN CYWILNY* | | <input type="checkbox"/> Mężatka/ żonaty | | <input type="checkbox"/> Panna/ kawaler | | <input type="checkbox"/> Rozwiedziona/ rozwiedzony | | <input type="checkbox"/> Separacja sądowa | | <input type="checkbox"/> Wdowa/ wdowiec | |
| TELEFON STACJONARNY* | | | TELEFON KOMÓRKOWY* | | | E-MAIL | | | | | |
| ZAKŁAD PRACY* | | | | Dotyczy osób deklarujących regulowanie należności poprzez transfer z zakładu pracy: | | | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Płatnik/wydział | | <input type="checkbox"/> nr ewidencyjny w zakładzie | | <input type="checkbox"/> umysłowy | | <input type="checkbox"/> fizyczny | |
| Miejscowość | | | | Data | | Czytelny podpis Członka/Pelnomocnika | | Za Zarząd: Czytelny podpis Pracownika | | Czytelny podpis Pracownika | |
| Potwierdzam wprowadzenie zmian do systemu..... | | | | | | Data | | | | | |
| Data | | | | | | Czytelny podpis Pracownika | | | | | |

* Wypełnić tylko pozycje ulegające zmianie