



Odborová aliance Integrovaného záchranného systému

OA IZS

Přihláška

| | |
|---|--|
| Hodnost, titul, jméno, příjmení | |
| Datum narození/koncovka RČ | |
| Email | |
| Telefon | |
| Ulice, část obce, č.p. | |
| Město, PSČ | |
| Příslušník BS/zaměstnanec | |
| ČOZ/OEČ | |
| Služební (pracovní) zařazení Název a adresa útvaru (zaměstnavatele) | |

Tímto žádám o vznik členství v Odborové alianci IZS ke dni

Seznámil/a jsem se Stanovami Odborové aliance IZS a zavazuji se k jejich řádnému plnění.
Svým podpisem dávám souhlas se zpracováním osobních údajů pro účely evidence dle příslušných právních předpisů ČR.

V Dne

_____ *podpis člena*