



ZWIĄZEK ARTYSTÓW SCEN POLSKICH

00-536 WARSZAWA, AL. UJAZDOWSKIE 45

zasp.pl

Dział Członkowski tel. 22 696 79 10

SEKCJA

KANDYDAT

Zarząd Sekcji

podpis.....data.....

CZŁONEK RZECZYWISTY

data.....

D E K L A R A C J A

Po zapoznaniu się ze Statutem ZASP proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Związku

..... (imię i nazwisko)	..... (pseudonim artystyczny)
..... (nazwisko rodowe)	..... (adres zameldowania)
..... (Imiona rodziców)	.....
..... (nazwisko rodowe matki)	..... (adres do korespondencji)
..... (data urodzenia)	.....
..... (miejsce urodzenia)	..... (telefon stacjonarny / fax)
..... (obywatelstwo)	..... (telefon komórkowy)
..... (seria i nr dowodu osobistego)	..... (adres e-mail)
..... (przez kogo wydany)	..... (strona www)
.....	WYKSZTAŁCENIE
NIP.....	.....
PESEL.....	.....
.....	..... (nazwa teatru – obecne miejsce pracy)
..... (data przejścia na emeryturę)	..... (agencja aktorska / menedżer)



Zobowiązuję się przestrzegać wszystkich uchwał Władz Związku,
w tym w szczególności płacić składki członkowskie w ustalonych terminach i wysokości

.....
(miejsowość data)

.....
(podpis)

PODPIS CZŁONKÓW WPROWADZAJĄCYCH

1.
(imię i nazwisko) (adres)

2.
(imię i nazwisko) (adres)

Wymagane dokumenty: odpis dyplomu wyższej uczelni upoważniającej do pracy artystycznej, naukowej, pedagogicznej – w dziedzinie teatru, estrady, radia, telewizji, filmu lub weryfikacji uprawnień artystycznych wydanych przez Ministerstwo Kultury lub ZASP, życiorys artystyczny zawierający dokładny przebieg pracy zawodowej, 2 fotografie.



.....
(imię)

.....
(miejscowość i data)

.....
(nazwisko)

.....
(adres)

**ZARZĄD FUNDUSZU POGRZEBOWEGO
ZWIĄZEK ARTYSTÓW SCEN POLSKICH
00-536 Warszawa, Al. Ujazdowskie 45
tel.: 22 696 79 10**

.....
(numer legitymacji członkowskiej)

W związku z moją przynależnością do ZASP-u proszę, w wypadku mojej śmierci, wypłacić sumę przysługującą mi z tytułu mojego uczestnictwa w Funduszu Pogrzebowym ZASP, osobom wymienionym poniżej, wg następującej kolejności:

1. Imię i nazwisko:
zamieszkała(y) obecnie:
.....
numer telefonu:

W razie, gdyby w chwili mojej śmierci wymieniona powyżej osoba nie żyła, proszę o wypłacenie tej sumy:

2. Imię i nazwisko:
zamieszkała(y) obecnie:
.....
numer telefonu:

W razie, gdyby w chwili mojej śmierci wymieniona powyżej osoba nie żyła, proszę o wypłacenie tej sumy:

3. Imię i nazwisko:
zamieszkała(y) obecnie:
.....
numer telefonu:

.....
(czytelny podpis osoby składającej deklarację)

Potwierdzam własnoręczność podpisu

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis Oddziału, Koła ZASP)

UWAGA

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza

Zgodnie z § 11 Regulaminu Funduszu Pogrzebowego prawo do zasiłku w pełnej wysokości uzyskuje się po 2 latach przynależności do Funduszu.

Zgodnie z § 13 Regulaminu zasiłki nie podjęte zasiłki w terminie 2 lat od dnia zgonu członka FP przechodzą na rzecz Funduszu.