



**Związek Artystów Scen Polskich  
ZASP–STOWARZYSZENIE**

**Al. Ujazdowskie 45  
00–536 Warszawa**

**Dział Członkowski tel. 22 696 79 10**

**PODSTAWOWA SEKCJA NIEREPARTYCYJNA:**

.....

**INNA SEKCJA BRANŻOWA:**

.....

**Pozytywna opinia Zarządu Sekcji**

**Data:** .....

**Data przyjęcia w poczet członków:**

.....

**WNIOSEK - DEKLARACJA  
O PRZYJĘCIE W POCZET CZŁONKÓW O STATUSIE NIEREPARTYCYJNYM  
ZWIĄZKU ARTYSTÓW SCEN POLSKICH ZASP – STOWARZYSZENIE**

Ja niżej podpisana/y, ....., po zapoznaniu się z treścią Statutu Związku Artystów Scen Polskich ZASP – Stowarzyszenie z siedzibą w Warszawie (dalej „ZASP”) wnoszę o przyjęcie mnie w poczet członków o statusie nierepartycyjnym ZASP do sekcji podstawowej nierepartycyjnej tj.:

.....

Nadto w trybie par. 12 ust. 1 oraz par. 10 ust. 2 Statutu ZASP wskazuję inną sekcję branżową tj. sekcję: .....

Niniejszym oświadczam, iż spełniam warunki członkostwa w ZASP określone:

1. w par. 10 ust. 4 Statutu ZASP, co potwierdzam załączonymi do niniejszego wniosku dokumentami/informacjami;
2. w par. 10 ust. 5 Statutu ZASP tj. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i nie zostałam/em pozbawiona/y praw publicznych.

Po przyjęciu mnie w poczet członków o statusie nierepartycyjnym ZASP zobowiązuję się przestrzegać zapisów Statutu ZASP, w szczególności dbać o dobre imię ZASP, przestrzegać regulaminów i uchwał podjętych przez organy ZASP oraz terminowo opłacać składki członkowskie w wysokości określonej przez Zarząd Główny ZASP.

..... (imię i nazwisko)	..... (pseudonim artystyczny)
..... (nazwisko rodowe)	..... (obywatelstwo)
.....	.....
..... (adres zamieszkania)	..... (adres do korespondencji)
..... (seria i numer dokumentu tożsamości)	..... (organ wydający)
..... (telefon stacjonarny / fax)	..... (telefon komórkowy)
..... (adres e-mail)	..... (adres strony www)

#### WYKSZTAŁCENIE

<b>NIP</b> .....	.....
<b>PESEL</b> .....	.....
.....	..... (nazwa teatru – obecne miejsce pracy)
.....	.....
..... (data przejścia na emeryturę)	..... (agencja aktorska / menedżer)
.....	.....
..... (miejscowość, data)	..... (podpis)

#### Wymagane dokumenty:

- odpis dyplomu wyższej uczelni lub szkoły średniej uprawniającej 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,
- inne dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów o jakich mowa w par. 10 ust. 4 Statutu ZASP,
- 2 fotografie,
- dowód uiszczenia 50 zł tytułem opłaty wpisowej (dowód zapłaty w kasie ZASP lub przelewem na rachunek bankowy ZASP nr 78 1020 1026 0000 1802 0386 9823)

.....  
(imię i nazwisko)

### PRZEBIEG PRACY ARTYSTYCZNEJ

.....  
(dokładna data i miejsce debiutu artystycznego: tytuł, autor, rola, reżyser, teatr, rok)

**Miejsce pracy, pełna nazwa**

**Stanowisko**

**Okres od – do**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### POSIADANE ORDERY, ODZNACZENIA, NAGRODY

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### ŻYCIORYS ARTYSTYCZNY

**Role teatralne, telewizyjne, radiowe i inne**

(tytuł, autor, rola, reżyser, rok)

.....  
.....  
.....  
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)



.....  
(imię) ..... (miejsowość i data)

.....  
(nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(numer legitymacji członkowskiej)

**ZARZĄD FUNDUSZU SAMOPOMOCOWEGO**  
**Związek Artystów Scen Polskich**  
**ZASP – STOWARZYSZENIE**  
**00-536 Warszawa, Al. Ujazdowskie 45**  
**Tel.: 22 696 79 10**

W związku z moją przynależnością do ZASP-u proszę, w wypadku mojej śmierci, wypłacić sumę przysługującą mi z tytułu mojego uczestnictwa w Funduszu Samopomocowym 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 własnoręcznie podpis

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

**UWAGA**

**Prosimy o czytelne wypełnienie formularza**

**Zgodnie z § 11 Regulaminu Funduszu Samopomocowego prawo do zasiłku w pełnej wysokości uzyskuje się po 3 latach przynależności do Funduszu.**

**Zgodnie z § 13 Regulaminu Funduszu Samopomocowego zasiłki nie podjęte w terminie 1 roku od dnia zgonu członka FS przechodzą na rzecz Funduszu.**

**W przypadku gdy w chwili zgonu członka FS osoby wskazane w Deklaracji jako uprawnione do otrzymania zasiłku pogrzebowego nie żyją, kwota zasiłku wypłacana jest zgodnie z § 12 ust. 2.**

.....  
(miejsowość, data)

### Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a ..... (imię i nazwisko), członek Związku Artystów Scen Polskich ZASP – Stowarzyszenie (dalej „ZASP”) oświadczam, że wyrażam zgodę na:

1. przesyłanie na wskazany adres **poczty elektronicznej (email):**

.....  
wszelkiej korespondencji (zawierającej m. in. informacje, materiały, zawiadomienia, zaproszenia, przypomnienia, wezwania) związanej z działalnością ZASP, w tym korespondencji przesyłanej mi jako członkowi ZASP, przewidzianej w Statucie ZASP oraz regulaminach obowiązujących w ZASP;

2. przesyłanie wszelkiej korespondencji (zawierającej m. in. informacje, materiały, zawiadomienia, zaproszenia, przypomnienia, wezwania) związanej z działalnością ZASP, w tym korespondencji przesyłanej mi jako członkowi ZASP, przewidzianej w Statucie ZASP oraz regulaminach obowiązujących w ZASP, w formie tekstowej/innej formie **na numer telefonu:**

.....  
Ponadto oświadczam, iż otrzymałem/am załączoną do niniejszego pisma klauzulę informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie dobrowolnie wyrażonej zgody. Zgodę na przetwarzanie danych osobowych można wycofać w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej wycofaniem. Odmowa podania danych uniemożliwi przekazywanie ww. dokumentów oraz informacji drogą elektroniczną lub na wskazany numer telefonu.

.....  
(odręczny podpis)