



**Związek Artystów Scen Polskich  
ZASP – STOWARZYSZENIE**

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

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

**PODSTAWOWA SEKCJA REPARTYCYJNA:**

.....

**INNA SEKCJA BRANŻOWA:**

.....

**Pozytywna opinia Zarządu Sekcji**

**Data:** .....

**Data przyjęcia w poczet członków:**

.....

**WNIOSEK - DEKLARACJA  
O PRZYJĘCIE W POCZET CZŁONKÓW O STATUSIE REPARTYCYJNYM  
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 repartycyjnym ZASP do sekcji podstawowej repartycyjnej tj.

.....

Nadto w trybie par. 12 ust. 1 oraz par. 10 ust. 2 Statutu ZASP wskazuję inną, oprócz podstawowej, sekcję tj. sekcję .....

Niniejszym oświadczam, iż spełniam warunki członkostwa w ZASP określone:

1. W par. 10 ust. 3 Statut ZASP,
1. 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 repartycyjnym 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)

.....  
(nazwisko rodowe)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(seria i numer dokumentu tożsamości)

.....  
(telefon stacjonarny / fax)

.....  
(adres e-mail)

**NIP** .....

**PESEL** .....

.....  
(data przejścia na emeryturę)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pseudonim artystyczny)

.....  
(obywatelstwo)

.....  
(adres do korespondencji)

.....  
(organ wydający)

.....  
(telefon komórkowy)

.....  
(adres strony www)

.....  
(data zawarcia umowy o zbiorowe  
zarządzanie prawami autorskimi lub  
prawami pokrewnymi z ZASP)

.....  
(podpis)

**Wymagane dokumenty:**

- 2 fotografie,



.....  
(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 własnoręczność podpisu

.....  
(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.**

.....  
(miejscowość, 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)