ORGANIZACJA ….ODDZIAŁOWA* NSZZ”S”RM Nr……

Zakład(y) pracy:			
Adres(y) zakładu(ów) pracy:			
Adres Komisji:			**Telefon** **e-mail**
Liczba członków ”S”	Liczba pracowników	Data powstania organizacji	Data wyborów

Skład Komisji ….Oddziałowej*

Funkcja	**Imię i nazwisko**	**Stanowisko służb.**	**Adres domowy**	Telefon/ e-mail
Przewo-dniczący				
Zastępca Przewodn.				
Zastępca Przewodn.				
Sekretarz				
Skarbnik				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				

REGON OZ:	
NIP OZ:	
Nr rachunku OZ:	
Branża:	*Podpis Przewodniczącego KO*

**Dotyczy również Organizacji Wydziałowej i Komisji Wydziałowej*

Potwierdzenie ważności wyborów

Regionalna Komisja Wyborcza NSZZ "*Solidarność*" Region Mazowsze na podstawie załączonej dokumentacji wyborczej stwierdza ważność i prawomocność wyborów

……..……..……..

……..……..……

…….....… **na kadencję. 2023- 2028**

Potwierdzenie odprowadzania składek do Regionu

Stwierdza się, że OZ nr ..... odprowadziła składki w wysokości ……

słownie (.....zł)

przelew z dnia ..... wpłata bezp. .....

[Dział Księgowości Regionu]

Potwierdzenie rejestracji

Dane zamieszczone w formularzu, mogą być wykorzystane wyłącznie dla potrzeb wewnętrznej działalności NSZZ "Solidarność", na co podający je wyrazili zgodę w deklaracji członkowskiej. Administratorem ww. danych jest organ rejestrowy - Zarząd Regionu Mazowsze.

Skład Komisji …Oddziałowej NSZZ ”Solidarność” ciąg dalszy ze str.1

Funkcja	Imię i nazwisko	Stanowisko służb.	Adres domowy	Telefon/ e-mail
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				

Uwagi:	*Podpis Przewodniczącego KO*

KOMISJA REWIZYJNA*

Adres Komisji Rewizyjnej :	**Telefon** **e-mail**

Skład Od/Wy/działowej Komisji Rewizyjnej* NSZZ ”Solidarność”

Funkcja	Imię i nazwisko	Stanowisko służb.	Adres domowy	Telefon /e-mail
Przewo-dniczący				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				
Członek				

Uwagi:	*Podpis Przewodniczącego KR*

** Dotyczy Komisji Rewizyjnej danej Organizacji: Oddziałowej, Wydziałowej*

Dane zamieszczone w formularzu, mogą być wykorzystane wyłącznie dla potrzeb wewnętrznej działalności NSZZ "Solidarność", na co podający je wyrazili zgodę w deklaracji członkowskiej. Administratorem ww. danych jest organ rejestrowy - Zarząd Regionu Mazowsze.