

Wniosek o przyjęcie do Śląskiej Izby Pracodawców

Ja niżej podpisana/y:

działając w imieniu firmy (nazwa, adres, nr telefonu, e-mail):

.....

NIP:

Której głównym przedmiotem działalności jest

.....

Proszę o przyjęcie reprezentowanego przeze mnie przedsiębiorstwa w poczet Śląskiej Izby Pracodawców z siedzibą w Gliwicach.

1. Rozumiem, że przystąpienie do Śląskiej Izby Pracodawców wiąże się z przestrzeganiem Regulaminu Izby do czego niniejszym się zobowiązuję.
2. Oświadczam, że na dzień składania niniejszej deklaracji w reprezentowany przeze mnie podmiot zatrudnia pracowników.
3. Zobowiązuję się do wniesienia opłaty wpisowej w wysokości 500 zł.
4. Zobowiązuję się do terminowego opłacania składek członkowskich, których wysokość ustalono Uchwałą Walnego Zgromadzenia Członków SPI w dniu 26/10/2023 r w następującym wymiarze uzależnionym od wielkości zatrudnienia wliczany na podstawie niżej przedstawionych warunków.

Liczba zatrudnionych:

1-9 osób	120 zł / mc
10-24 osób	200 zł / mc
25-49 osób	250 zł / mc
50-99 osób	300 zł / mc
>100 osób	400 zł / mc

5. Zgodnie rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, informujemy, że w związku z wypełnieniem i podpisaniem deklaracji wyrażam zgodę na administrowanie tych danych przez Śląską Izbę Pracodawców z siedzibą Gliwicach (40-074), ul. Jasnogórska 9 lok. 403, e-mail: biuro@sip-gliwice.pl. Twoje dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia przez Izbę działalności statutowej w okresie trwania członkostwa. Masz prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych oraz cofnięcia udzielonej zgody. Ponadto masz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uznasz, że przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza przepisy prawa. Podanie przez Ciebie danych jest dobrowolne, choć wymagane do bycia członkiem Śląskiej Izby Pracodawców.

.....

data i podpis wnioskodawcy

