

**PODSTAWOWA SEKCJA REPARTYCYJNA:** ………………………………..……………………………….

**INNA SEKCJA BRANŻOWA:**

………………………………..……………………………….

**Pozytywna opinia Zarządu Sekcji**

**Data:** ……………………………………………………

**Data przyjęcia w poczet członków:**

…………………………………………………………….

**Związek Artystów Scen Polskich**

**ZASP – STOWARZYSZENIE**

**Al. Ujazdowskie 45**

**00–536 Warszawa**

**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,
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 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) (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)

**PESEL ……………………………………………………………...** **……………………………………………………….………………**

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

**………………………………………………………………………..** **………………………………………………………………………..**

 (miejscowość, data) (podpis)

**Wymagane dokumenty:**

– 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) (miejscowość i data)
………………………………………………………
 (nazwisko) **ZARZĄD FUNDUSZU SAMOPOMOCOWEGO**
……………………………………………………… **Związek Artystów Scen Polskich**
 (adres) **ZASP – STOWARZYSZENIE**
……………………………………………………… **00-536 Warszawa, Al. Ujazdowskie 45**
 ………………………………………………………
 (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 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:

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:

1. 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.**