------------------------------------ ----------------------------------------imię i nazwisko miejscowość, data

------------------------------------

------------------------------------

Adres

Niezależny Związek Zawodowy Pracowników

Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego

w Olsztynie

**„PRAWDA”**

Informuję, że rezygnuję z członkowstwa w Niezależnym Związku Zawodowym Pracowników Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie „PRAWDA”.

W związku, z czym związek nie jest już uprawniony do reprezentowania moich praw i interesów wobec pracodawcy. Ponad to od dnia złożenia deklaracji rezygnacji z członkowstwa zaprzestaję wpłat składek członkowskich.

-----------------------------------

Podpis

Deklaracją należy złożyć osobiście członkom zarządu związku.