



Független Egészségügyi Szakszervezet

Székhely: 1125 Budapest Szarvas Gábor út 9/b

Levelezési cím: 1094 Budapest Viola u. 21.

E-mail: fesziroda@gmail.com

www.fesz.eu

KILÉPÉSI NYILATKOZAT

Alulírott kijelentem, hogy a Független Egészségügyi Szakszervezetben való **tagságomat** a keltezésnél megadott dátummal **megszüntetem** és kérem, hogy a belépéskor nyilvántartásba vett adataimat töröljék.

Név: _____

Alapszervezet: _____

Születési név: _____

Munkáltató: _____

Születési hely, idő: _____

Lakcím: _____

Adóazonosító: _____

Elfogadom, hogy a Független Egészségügyi Szakszervezet által részemre nyújtott minden kedvezményre való jogosultságomat tagságom felmondásával elvesztem.

Tudomásul veszem, hogy a következő 6 hónapban a FESZ indoklás nélkül elutasíthatja a tagfelvételi kérelmemet, illetve, hogy újbóli felvételem esetén csak három havi tagdíj befizetése után válok jogosulttá a szakszervezeti kedvezményekre és szolgáltatásokra.

Kelt: _____ 202____ év _____ hó _____ nap

.....

Kilépő aláírása