

.....
miejsowość, data

.....
nazwa i adres pracodawcy

Polski Związek Logopedów

Oddział Kujawsko-Pomorski
Plac 18-go Stycznia 4
87-100 Toruń

W imieniu pracodawcy wyrażam zgodę na przekazywanie przez Polski Związek Logopedów informacji, o której mowa w art. 25¹ ust. 2 w zw. z art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (tekst jednolity: Dz. U. 2001 r. Nr 79 poz. 854, z późn. zm.) drogą e-mailową na następujący adres poczty elektronicznej:

.....
W przypadku zmiany adresu poczty elektronicznej nowy adres zostanie niezwłocznie podany do wiadomości Polskiego Związku Logopedów.

data i podpis upoważnionej osoby