



**ZASP – STOWARZYSZENIE POLSKICH ARTYSTÓW
TEATRU, FILMU, RADIA I TELEWIZJI**

**00-536 Warszawa, Al. Ujazdowskie 45
www.zasp.pl
Dział Członkowski tel. 22 696 79 10**

**SEKCJA.....
KANDYDAT
Zarząd Sekcji
podpis.....data.....
CZŁONEK RZECZYWISTY
data.....**

DEKLARACJA

**Po zapoznaniu się ze Statutem ZASP proszę o przyjęcie mnie w poczet członków
Stowarzyszenia**

..... (imię i nazwisko)	..... (pseudonim artystyczny)
..... (nazwisko rodowe)	..... (adres zameldowania)
..... (imiona rodziców)	.....
..... (nazwisko rodowe matki)	..... (adres do korespondencji)
..... (data urodzenia)	.....
..... (miejsce urodzenia)	..... (telefon stacjonarny / fax)
..... (obywatelstwo)	..... (telefon komórkowy)
..... (seria i numer dowodu osobistego)	..... (adres e-mail)
..... (przez kogo wydany)	..... (strona www)
.....	WYKSZTAŁCENIE
NIP.....	.....
PESEL.....	.....
.....	..... (nazwa teatru – obecne miejsce pracy)
.....
..... (data przejścia na emeryturę)	..... (agencja aktorska / menedżer)



**Zobowiązuję się przestrzegać wszystkich uchwał Władz Stowarzyszenia
w tym w szczególności płacić składki członkowskie w ustalonych terminach i wysokości**

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

PODPISY CZŁONKÓW WPROWADZAJĄCYCH

1.
(imię i nazwisko) (adres) (podpis)

2.
(imię i nazwisko) (adres) (podpis)

Wymagane dokumenty: odpis dyplomu wyższej uczelni lub szkoły średniej uprawniającej do pracy artystycznej, naukowej, pedagogicznej – w dziedzinie teatru, estrady, radia, telewizji, filmu lub weryfikacji uprawnień artystycznych wydanych przez Ministerstwo Kultury lub ZASP, życiorys artystyczny zawierający dokładny przebieg pracy zawodowej, 2 fotografie.



.....
(imię i nazwisko)

PRZEBIEG PRACY ARTYSTYCZNEJ

.....
(dokładna data i miejsce debiutu artystycznego: tytuł, autor, rola, reżyser, teatr, rok)

Miejsce pracy, pełna nazwa

Stanowisko

Okres od – do

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

POSIADANE ORDERY, ODZNACZENIA, NAGRODY

.....
.....
.....
.....

ŻYCIORYS ARTYSTYCZNY

Role teatralne, telewizyjne, radiowe i inne
(tytuł, autor, rola, reżyser, rok)

.....
.....
.....
.....
.....
.....



..... (imię)	..... (miejscowość i data)
..... (nazwisko)	ZARZĄD FUNDUSZU POGRZEBOWEGO ZASP – STOWARZYSZENIE POLSKICH ARTYSTÓW TEATRU, FILMU, RADIA I TELEWIZJI 00-536 Warszawa, Al. Ujazdowskie 45 Tel.: 22 696 79 10
..... (adres)	
..... (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 Pogrzebowym 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:

2. 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:

3. 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 Pogrzebowego prawo do zasiłku w pełnej wysokości uzyskuje się po 3 latach przynależności do Funduszu.

Zgodnie z § 13 Regulaminu Funduszu Pogrzebowego zasiłki nie podjęte w terminie 1 roku od dnia zgonu członka FP przechodzą na rzecz Funduszu.

W przypadku gdy w chwili zgonu członka FP osoby wskazane w Deklaracji jako uprawnione do otrzymania zasiłku pogrzebowego nie żyją, kwota zasiłku wypłacana jest zgodnie z § 12 ust. 2.