\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (dane podmiotu)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam/y niniejszym, iż wyrażam/y zgodę na dochodzenie na drodze sądowej, należnych od reprezentowanego podmiotu, nie wpłaconych na czas składek członkowskich z tytułu przynależności do Lubelskiego Związku Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców w trybie przewidzianym przez obowiązujący Regulamin Opłacania Składek.

Miejscowość, dnia ...................................