Solidarność czerwona **KWESTIONARIUSZ INFORMACYJNY**

ORGANIZACJI ZAKŁADOWEJ/MIĘDZYZAKŁADOWEJ/ZOK/ODDZIAŁOWEJ/WYDZIAŁOWEJ  
/PODZAKŁADOWEJ\* NSZZ „SOLIDARNOŚĆ”

**Podstawa prawna – Uchwała KOMISJI KRAJOWEJ NR 14/2010 ws. aktualizacji danych o stanie Związku z póź. zm. Uchwała KK nr9/17**

(Dane Karty Ewidencyjnej będą służyły - zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 29.08.1997 r.

Dziennik Ustaw Nr 133, poz. 883 - wyłącznie na potrzeby NSZZ „Solidarność”)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Numer rejestracyjny organizacji związkowej w Regionie | | | | |  | | | | |
| 2. Pełna nazwa organizacji , zakładu pracy i adres w którym działa Organizacja Związkowa | | | |  | | | | | |
| 3. Adres siedziby organizacji związkowej | | | | |  | | | | |
| 4. Numer telefonu  Organizacji Związkowej |  | | | | | 5. Fax Organizacji Związkowej |  | | |
| 6. Numer telefonu komórkowego przewodniczącego | | | | |  | | | | |
| 7. E-mail do kontaktu | | | | |  | | | | |
| 8. NIP Organizacji Związkowej | |  | | | 9. REGON Organizacji Związkowej | |  | | |
| 10. Numer rachunku bankowego | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |
| 11. Nazwa i adres banku | | |  | | | | | | |
| 12. Przynależność do struktur branżowych (nazwa) | | | | |  | | | | |
| 13. Liczba wszystkich pracowników w zakładzie | | | | |  | | | | |
| 14. Liczba członków NSZZ „Solidarność” ogółem | | | | |  | | | | |
| w tym:  15. Liczba członków Związku – pracujących | | | | | kobiet: |  | | mężczyzn: |  |
| 16. Liczba członków pracujących, przebywających na urlopach wychowawczych | | | | | kobiet: |  | | mężczyzn: |  |
| 17. Liczba członków Związku – niepracujących,  a pobierających emerytury, renty, świadczenia przedemerytalne lub nauczycielskie świadczenia kompensacyjne | | | | | kobiet: |  | | mężczyzn: |  |
| 18. Liczba członków Związku – bezrobotnych | | | | | kobiet: |  | | mężczyzn: |  |
| 19. Liczba członków organizacji związkowej zwolnionych z obowiązku świadczenia pracy w celu pełnienia funkcji związkowej – jeżeli są takie osoby, proszę wypełnić drugą stronę Karty | | | | | | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *data wypełnienia Karty* |  | *czytelny podpis i funkcja wypełniającego* |

**UWAGA:**

Wszystkie Komisje mają obowiązek przekazywania do Regionu wypełnionych Kart Ewidencyjnych 2 razy w roku:

wg stanu na dzień 30 czerwca w terminie do 15 lipca i wg stanu na dzień 31 grudnia w terminie do 15 stycznia roku następnego **oraz w przypadku każdej zmiany** danych określonych w punktach 2 - 12 **lub istotnej zmiany liczby członków Związku.**

**\* Niepotrzebne skreślić**

**WYKAZ CZŁONKÓW ORGANIZACJI ZWIĄZKOWEJ NSZZ „SOLIDARNOŚĆ”   
ZWOLNIONYCH Z OBOWIĄZKU ŚWIADCZENIA PRACY  
W CELU PEŁNIENIA FUNKCJI ZWIĄZKOWEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Adres zamieszkania  (do korespondencji) |  |
| Telefon domowy |  |
| Telefon do pracy |  |
| Telefon komórkowy |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Adres zamieszkania  (do korespondencji) |  |
| Telefon domowy |  |
| Telefon do pracy |  |
| Telefon komórkowy |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Adres zamieszkania  (do korespondencji) |  |
| Telefon domowy |  |
| Telefon do pracy |  |
| Telefon komórkowy |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Adres zamieszkania  (do korespondencji) |  |
| Telefon domowy |  |
| Telefon do pracy |  |
| Telefon komórkowy |  |
| E-mail |  |