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

miejscowość - data

Imię i nazwisko: ...........................................................................................................

Adres zakładu: .............. .................................... ............................ ...................

Kod Miejscowość Ulica Telefon

***W N I O S E K***

***o przyjęcie do Śląskiego Cechu Optyków***

*Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków*

*Śląskiego Cechu Optyków w Katowicach.*

*Zobowiązuję się do przestrzegania Statutu Cechu oraz zasad Kodeksu Etyczno-Zawodowego Śląskiego Cechu Optyków.*

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

czytelny podpis

Załączam następujące dokumenty:

- kopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe / świadectwa, dyplomy

- kopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej

- wypełnioną kartę osobową kandydata na członka Śląskiego Cechu Optyków wraz z oświadczeniem o nie prowadzeniu działalności na terenie placówki służby zdrowia

***KARTA OSOBOWA***

***KANDYDATA NA CZŁONKA***

***ŚLĄSKIEGO CECHU OPTYKÓW***

***===========================***

**1**. Imię i nazwisko ......................................................................................................

**2**. Dane zakładu : ......................................................................................................

/ Pełna nazwa zakładu /

..................................................................................................................................... Kod Miejscowość

.................................................................................................................................... Ulica Nr

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

Nr telefonu nr tel. kom. Adres email

**3**. Adres zamieszkania: ............................................................................................. Kod Miejscowość

..................................................................................................................................... Ulica Nr

**4**. KWALIFIKACJE /właściwe zaznaczyć znakiem X/

===========================

a/ mistrz optyki okularowej

b/ absolwent studiów wyższych z zakresu optyki okularowej / inżynier lub licencjat optyki okularowej / z jednorocznym stażem.

c/ technik optyk (dyplom studium policealnego optyki okularowej) z dwuletnim stażem praktyki zawodowej

d/ czeladnik optyki okularowej

e/ inne /jakie/ ...............................................................................................................

**5**. Ilość lat pracy w branży optycznej: ........................................................................

**6**. Rok rozpoczęcia samodzielnej działalności : ........................................................

**7**. Wcześniej byłem/nie byłem członkiem Cechu ………………………………….......

**8**. Liczba posiadanych zakładów optycznych ...........................................................

Proszę zaznaczyć ( tak lub nie) czy w zakładzie/zakładach jest zatrudniona osoba z odpowiednimi kwalifikacjami w zawodzie optyk okularowy w pełnym wymiarze godzin pracy zakładu / …………..

Adresy wszystkich zakładów/filii :

Czy jest osoba z kwalifikacjami

1. …………..…………………………………………………………………./………….
2. ……………..………………………………………………………………./………….
3. …………..…………………………………………………………………./………….
4. ……………..………………………………………………………………./………….
5. …………………………………………………………………………….../……….…

**9**. Powierzchnia zakładu: 1. …...... 2. ……… 3. ……… 4. ……… 5………

**10**. Wyposażenie zakładu (prosimy wyszczególnić maszyny, urządzenia, itp.)

.………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

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

**11**. Oświadczam, iż nie prowadzę / prowadzę działalności gospodarczej /zakładu optycznego, punktu przyjęć zakładu optycznego/ na terenie placówek służby zdrowia.

………………………

. czytelny podpis

**Wyrażam zgodę na przechowywanie i wykorzystywanie moich danych osobowych w zakresie działań organizacji.**

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

czytelny podpis

……………………………… ….…………………… ……………………………………………..

Miejscowość – data podpis pieczęć firmowa