

Polskie Stowarzyszenie Osób Chorych na Dystonię

DEKLARACJA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych Stowarzyszenia. Oświadczam, że znane mi są postanowienia Statutu, cele i zadania Stowarzyszenia. Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Statutu oraz efektywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia i opłacania corocznych składek członkowskich.

.....
miejsowość, data

.....
podpis

Nazwisko i Imię:

.....
Data i miejsce urodzenia, nr PESEL:

.....
Adres domowy:

.....
Kontakt (telefon domowy, telefon komórkowy, e-mail):

.....
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Stowarzyszenie Osób Chorych na Dystonię dla celów statutowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133 poz. 883).

Wiem, że mam prawo wglądu oraz poprawienia swoich danych osobowych.

.....
miejsowość, data

.....
podpis

Uchwała Zarządu Stowarzyszenia

Uchwałą Zarządu Stowarzyszenia nr _____ z dnia _____

Pan / Pani _____ został(a) przyjęty(a) w poczet członków Polskiego Stowarzyszenia Osób Chorych na Dystonię.

Katowice, dnia _____

Podpisy członków Zarządu: