

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja, niżej podpisany/a* Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych Stowarzyszenia na Rzecz Osób Niepełnosprawnych oraz Przewlekłe Chorych ULKA.

Oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania Stowarzyszenia. Jednocześnie zobowiązuję się do ich przestrzegania, aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia i wypełniania uchwał władz Stowarzyszenia, a nadto strzec godności członka Stowarzyszenia na Rzecz Osób Niepełnosprawnych oraz Przewlekłe Chorych ULKA.

Proszę także o przyjęcie mojego syna/córki* w poczet członków podopiecznych Stowarzyszenia na Rzecz Osób Niepełnosprawnych oraz Przewlekłe Chorych ULKA.*

.....
Miejscowość, dnia

.....
własnoręczny podpis

Potwierdzam przyjęcie składki członkowskiej w wysokości 50,00 PLN od w dniu

.....
Data i czytelny podpis
Osoby przyjmującej składkę

*niepotrzebne skreślić

Dane kandydata na członka zwyczajnego Stowarzyszenia:

- NAZWISKO I IMIONA:
- IMIONA RODZICÓW:
- DATA I MIEJSCE URODZENIA:
- OBYWATELSTWO:
- SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO:
- NR PESEL:
- ADRES ZAMIESZKANIA:
- TELEFON:
- E-MAIL:
- JESTEM: OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA,
 CZŁONKIEM RODZINY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ,
 OSOBA PRZEWLEKLE CHORA,
 CZŁONKIEM RODZINY OSOBY PRZEWLEKLE CHOREJ,
 OSOBA Z OTOCZENIA W/W OSÓB.

MAM WYKSZTAŁCENIE:
Z TYTUŁEM:

OBECNIE:
PRACUJĘ

NIE PRACUJĘ

Dane kandydata na członka podopiecznego Stowarzyszenia:

- NAZWISKO I IMIONA:
- IMIONA RODZICÓW:
- DATA I MIEJSCE URODZENIA:
- KANDYDAT JEST: OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA,
 CZŁONKIEM RODZINY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ,
 OSOBA PRZEWLEKLE CHORA,
 CZŁONKIEM RODZINY OSOBY PRZEWLEKLE CHOREJ,

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich oraz syna/córki/podopiecznego danych osobowych zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 o ochronie danych osobowych przez Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych oraz Przewlekle Chorych ULKA w sposób niezbędny przy nadawaniu członkostwa Stowarzyszenia oraz podczas bycia nim.

.....
Data i czytelny podpis