

.....dnia.....

(miejscowość)

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię..... Nazwisko, s/c

Nazwa.....

(wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą prawną)

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia

Obywatelstwo PESEL

Numer NIP i REGON /

(wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą prawną)

Dowód tożsamości / Paszport : seria Nr

Wydany przez

Adres zamieszkania / siedziby :

Adres do korespondencji :

Telefon kontaktowy :E-mail :

Do Zarządu Stowarzyszenia Rannych i Poszkodowanych w Misjach Poza Granicami Kraju

Ja niżej podpisany/azwracam się z prośbą o przyjęcie

mnie w poczet członków zwyczajnych wspierających SRiPwMPGK. Oświadczam, że spełniam kryteria członkostwa w Stowarzyszeniu, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania Stowarzyszenia.

Jednocześnie zobowiązuje się do ich przestrzegania, uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia i

przestrzegania uchwał władz Stowarzyszenia. Zobowiązuję się do wpłacania wpisowego oraz

rocznej składki członkowskiej w wysokości oraz terminie ustalonym przez Zarząd Główny Stowarzyszenia na konto bankowe Stowarzyszenia.

WYRAŻAM ZGODĘ NA DORĘCZANIE MI ZAPROSZEŃ NA KRAJOWY ZJAZD DELEGATÓW POPRZEZ

E-MAIL ZGODNIE Z ROZDZIAŁEM V STATUTU

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji na potrzeby Stowarzyszenia, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz.883 z zm.)

.....

(czytelny podpis składającego deklarację)

- Do deklaracji należy dołączyć dwa zdjęcia o wymiarach 3,5 / 4,5 cm.