



Uwaga: Wypełnić drukowanymi literami

(Niepotrzebne skreślić)

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja, niżej podpisana/y

.....
proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Stowarzyszenia Chorych na Stwardnienie Guzowate (POLISH TSC ASSOCIATION) w charakterze członka

- zwyczajnego
- wspierającego

.....
(odpowiednie podkreślić)

Wypełnia opiekun prawny dziecka, osoby ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do czynności cywilno-prawnych

Wyrażam zgodę na członkostwo w Stowarzyszeniu Chorych na Stwardnienie Guzowate (POLISH TSC ASSOCIATION) dziecka (podopiecznego)

....., którego jestem prawnym opiekunem.
nazwisko i imię dziecka, (podopiecznego)

.....
Podpis opiekuna

Oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania Stowarzyszenia, akceptuję jego postanowienia oraz wszystkie powzięte uchwały Władz Stowarzyszenia. Jednocześnie zobowiązuję się do ich przestrzegania i aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych /Dz.U. z 2002 r. Nr 101 poz.926 z póź. zmian./ w celach związanych z działalnością statutową Stowarzyszenia.

Przysługuje mi prawo wglądu w te dane, ich poprawianie lub uzupełnianie.

Zobowiązuję się do regularnego płacenia składki członkowskiej ustalonej przez Zarząd.

Wysokość wpisowego 10 zł (jednorazowo)

Wysokość składki rocznej 30 zł (od każdego zadeklarowanego członka)

PKO Bank Polski: numer rachunku 21 1440 1026 0000 0000 0384 0166

.....
Miejscowość, data, podpis



Uwaga: Wypełnić drukowanymi literami

(Niepotrzebne skreślić)

KWESTIONARIUSZ CZŁONKÓW STOWARZYSZENIA CHORYCH NA STWARDNIENIE GUZOWATE

1. Imię i nazwisko osoby dorosłej (**lub opiekuna, rodzica**)

.....

2. Data urodzenia / Pesel / Numer dowodu osobistego

.....

3. Imię i nazwisko chorego dziecka

.....

4. Data urodzenia dziecka / Pesel / Numer dowodu osobistego

.....

5. Adres zamieszkania / Adres do korespondencji

.....

6. Numer telefonu

.....

7. Adres e-mail

.....

8. Stopień niepełnosprawności (osoby po 16 roku życia)

.....

9. Rodzaj schorzenia (nazwa choroby)

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis)