

Łódzki Oddział Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”

Szpital Wojskowej Akademii Medycznej
ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja, niżej podpisany/podpisana* proszę o przyjęcie mnie w poczet członków **Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”**

Oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania Stowarzyszenia. Jednocześnie zobowiązuję się do ich przestrzegania, aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia i sumiennego wypełniania uchwał władz, a nadto strzec godności członka Stowarzyszenia. Ponieważ spełniam statutowe wymogi wnoszę jak na wstępie.

....., dnia
(własnoręczny podpis)

DANE OSOBOWE

..... Nazwisko Imiona
..... Data i miejsce urodzenia Obywatelstwo
Miejsce zamieszkania: kod pocztowy miejscowość ulica nr domu / nr mieszkania	
Telefon kontaktowy stacjonarny komórkowy	E-mail

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków **Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”**

TAK NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. Ustaw z 2002 nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

TAK NIE

Wyrażam zgodę na otrzymywanie darmowej prenumeraty Kwartalnika NTM od jego wydawcy oraz bieżących informacji o działalności Stowarzyszenia

TAK NIE

.....
(data i podpis składającego dane osobowe)

Wybraną odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem

Zarząd Łódzkiego Oddziału Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” postanowił przyjąć/nie przyjąć* Pana/Panią* w poczet członków z dniem

....., dnia

Za Zarząd:

* niewłaściwe skreślić