

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Nazwisko i imię (imiona)

Data i miejsce urodzenia.....

Adres stałego zamieszkania

Kod miejscowość

.....
ulica (miejscowość)

nr domu

nr mieszkania

TelefonMiejsce pracytel.

NR PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną: Tak Nie

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków
Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób
z Niepełnosprawnością Intelektualną

Koło w Gryficach

Oświadczam, że zapoznałem się ze statutem i regulaminem Koła - akceptuję je i jestem świadomy członkostwa w PSONI, jednocześnie zobowiązuję się wypełniać wszystkie powinności wynikające ze Statutu Stowarzyszenia, m.in. do regularnego opłacania składek.

DataPodpis

Informacja czł. Zarząduna Zebraniu Zarządu Koła w dniu
imię i nazwisko osoby przyjmującej deklarację

Podpis czł. Zarządu *)

Decyzja Zebrania Zarządu Koła o przyjęciu na członka PSONI

Data nr uchwały ZK

*) W przypadku przyjęcia deklaracji od osoby z niepełnosprawnością intelektualną, na odwrocie podpisują się czytelnie osoby uczestniczące przy podpisywaniu niniejszego dokumentu.