

Wrocław dnia

**Dolnośląskie Stowarzyszenie
Pomocy Chorym
na Łuszczycę i ŁZS.**

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja niżej podpisany/a wyrażam chęć wstąpienia do Dolnośląskiego Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Łuszczycę i ŁZS. Stwierdzam, że zapoznałem/łam się ze statutem stowarzyszenia i zasadami członkostwa. Jako członek będę przestrzegać postanowień statutu, regulaminów i uchwał oraz dbać o dobre imię stowarzyszenia. Tym samym zobowiązuje się do regularnego opłacania składek członkowskich, które ustalił Zarząd stowarzyszenia na wskazane konto bankowe.

Imię:	Nazwisko:	Data urodzenia:
--------------	------------------	------------------------

Adres zamieszkania:	Adres korespondencji:
Ulica:	Ulica:
Nr domu:	Nr domu:
Miejscowość:	Miejscowość:
Nr telefonu:	Adres e-mail:
Wykształcenie:	Zawód:

Wyrażam zgodę na przetworzenie swoich danych przez Stowarzyszenie w celach statutowych art. 23 ust. 1 pkt. 5 i art. 43 ust. 1 pkt. 4 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst ujednolicony Dz. U. z 2002 r. nr 101 poz. 926 z późniejszymi zmianami). Członkom Stowarzyszenia przysługuje prawo wglądu do swoich danych, ich uzupełniania i zmieniania.

Miejscowość, dnia..... **Podpis.....**

.....
wypełniają władze stowarzyszenia

Data wpływu wniosku.....

Data przyjęcia do Stowarzyszenia.....

Na mocy uchwały.....