Stowarzyszenie Neurofibromatozy Polska - Alba Julia

DEKLARACJA

Deklaruję dobrowolne przystąpienie w poczet członków Stowarzyszenia Neurofibromatozy Polska - Alba Julia.

Imię i nazwisko:

.....

Adres korespondencyjny:

.....

.....

Adres email:

.....

Telefon(opcjonalnie):

.....

Deklaruję opłacać składkę roczną w wysokości **180 zł** (minimalna składka przyjęta uchwałą Stowarzyszenia Neurofibromatozy Polska - Alba Julia)
lub wyższą ……..zł

……..……

Data i podpis

Szpital Uniwersytecki Collegium Medicum
Ul. Marii Skłodowskiej – Curie 9
85-094 Bydgoszcz

KRS: 0000250362
NIP: 5542679746
REGON: 340136265

Zapoznałem się i akceptuję Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 216/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r., w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią i zdolną do podejmowania czynności prawnych.

Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią i zdolną do podejmowania czynności prawnych.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

……..……

Data i podpis

Zadeklarowaną kwotę składki członkowskiej należy wpłacić na konto:

Stowarzyszenie Neurofibromatozy Polska - Alba-Julia
13 2490 0005 0000 4530 8196 6012 (Alior Bank)
tytuł przelewu: składka członkowska <rok należnej składki>, <za kogo jeśli inna osoba niż właściciel konta>

Brak opłacenia składki w terminie 30 dni od wysłania zgłoszenia skutkować będzie wykreśleniem z listy członków stowarzyszenia.

Wypełnioną i podpisaną deklarację należy wysłać na adres:
Dorota Korycińska
Ul.Tyszkiewicza 13/49
01-157 Warszawa