DEKLARACJA CZŁONKOWSKA
STOWARZYSZENIA WSPIERAJĄCEGO CHORYCH NA CHŁONIAKI
"SOWIE OCZY"

Ja,.....
/imię i nazwisko literami drukowanymi/

adres:.....
/ulica, nr domu / mieszkania/

.....
/kod pocztowy, miejscowość/

....
/numer telefonu kontaktowego/ */adres e-mail/*

.....
/data i miejsce urodzenia/

niniejszym deklaruję przystąpienie do Stowarzyszenia, zobowiązuję się do przestrzegania jego statutu, uchwał organów oraz opłacania składek członkowskich w ustalonej przez Walne Zgromadzenie Członków wysokości.

....
/miejscowość, data/ /podpis/

KORESPONDENCJĘ PRZESYŁAĆ NA:

Adres pocztowy: .....
/jeśli inny niż podany wyżej/

Adres e-mail .....
/jeśli inny niż podany wyżej/

DANE DODATKOWE

.....
/zawód wykonywany/

.....
/pacjent – leczony, wyleczony – liczba lat po leczeniu/

.....
/jeśli zgadzasz się, aby kontaktować cię z innymi pacjentami, którzy mają ten sam rodzaj choroby i potrzebują wsparcia wpisz typ chłoniaka na jaki chorowałeś(aś) lub chorujesz i kontakt (telefon, mail), który można podawać innym chorym/

Składkę członkowską w wysokości 20 PLN rocznie, prosimy wpłacać na konto Stowarzyszenia:
Bank Zachodni WBK XV Oddział w Warszawie, nr: 46 1090 1694 0000 0001 0416 2590
z dopiskiem „składka członkowska" + rok, za który uiszczamy składkę.