

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Nazwisko i imię (imiona)

Data i miejsce urodzenia

Adres stałego zamieszkania z kodem pocztowym.....

nr telefonu

zawód

miejsce pracy

NR PESEL

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną TAK ☐ NIE ☐

**Proszę o przyjęcie mnie na członka
Polskiego Stowarzyszenia na rzecz osób z Niepełnosprawnością Intelektualna
Koła w Zgierzu**

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. regularnie opłacać składki i uczestniczyć w zebraniach.

Data

Podpis

Jestem rodzicem/ opiekunem prawnym/rodzeństwem osoby niepełnosprawnej:
(zaznaczyć właściwe)

Nazwisko i imię

Data urodzenia

Adres

Rozpoznanie ***stopień niepełnosprawności***

Decyzja Zarządu Koła o przyjęciu w poczet członków Koła PSONI

uchwała nr z dnia

Decyzja Zarządu Koła o skreśleniu z ewidencji członków Koła PSONI

uchwała nr z dnia

Wyrażam zgodę na administrowanie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych (art. 23 ust.1 ustawy z dnia 29.08.1997 Dz.U.02.101.926)

Podpis