



Żory,

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja,
(imię i nazwisko)

legitymujący(a) się numerem dowodu osobistego,

zamieszkały(a),

nr PESEL

deklaruję wolę członkostwa w:

Stowarzyszeniu Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Jana Pawła II” w Żorach.

Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania zasad wynikających ze Statutu Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Jana Pawła II” w Żorach i wpłaty określonej składki członkowskiej.

Na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. 1997 r. Nr 133 poz. 883) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Jana Pawła II” w Żorach.

Tel. kontaktowy

.....
czytelny podpis

Zarząd Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Jana Pawła II” w Żorach.

uchwałą nr z dnia podjął decyzję o przyjęciu

ww. osoby w poczet członków Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Jana Pawła II” w Żorach.



Żory,

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja,
(imię i nazwisko)

legitymujący(a) się numerem dowodu osobistego,

zamieszkały(a),

nr PESEL

deklaruję wolę członkostwa w:

Stowarzyszeniu Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Jana Pawła II” w Żorach.

Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania zasad wynikających ze Statutu Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Jana Pawła II” w Żorach i wpłaty określonej składki członkowskiej.

Na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. 1997 r. Nr 133 poz. 883) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Jana Pawła II” w Żorach.

Tel. kontaktowy

.....
czytelny podpis

Zarząd Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Jana Pawła II” w Żorach.

uchwałą nr z dnia podjął decyzję o przyjęciu

ww. osoby w poczet członków Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Jana Pawła II” w Żorach.