DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja, niżej podpisana/podpisany proszę o przyjęcie mnie w poczet członków **Stowarzyszenia Most. Oświadczam,** że znane są mi postanowienia statutu, cele i zadania Stowarzyszenia. Jednocześnie **zobowiązuję się** do przestrzegania postanowień Statutu oraz aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia.

……..dnia…….. …….....
Podpis

Jestem rodzicem/opiekunem osoby z niepełnosprawnością: Tak/Nie
Jestem rodzeństwem osoby z niepełnosprawnością : Tak/Nie
Jestem osobą z niepełnosprawnością : Tak/Nie

Poniżej przedstawiam moje dane osobowe :

Imię i nazwisko	
Pesel	
Obywatelstwo	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
Wykształcenie	
Zawód wyuczony **Zawód wykonywany**	
Miejsce pracy	
Rekomendacja członka wprowadzającego	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich na potrzeby Stowarzyszenia, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133, poz.883)

Mosina, dnia …… …… ……
Podpis

Dane mojego podopiecznego (osoby z niepełnosprawnością)

Imię i nazwisko	
Pesel	
Data urodzenia	
Obywatelstwo	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
Wykształcenie	
Zawód wyuczony **Zawód wykonywany**	
Placówka do której uczęszcza podopieczny	
Stopień niepełnosprawności **Rodzaj niepełnosprawności**	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych mojego podopiecznego na potrzeby Stowarzyszenia, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133, poz.883)

…… ……..

Data Podpis opiekuna podpis dorosłego podopiecznego

Uchwałą Zarządu z dnia ……, nr……Pani/Pan …….

……. została/ został przyjęty w poczet członków Stowarzyszenia Most .

Mosina, dnia……..

Podpisy członków zarzą