



Deklaracja członkowska

Ja, niżej podpisana(y)

proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Stowarzyszenia „**Moja Mammografia**” z siedzibą w Gdańsku.

Oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania Stowarzyszenia. Jednocześnie zobowiązuje się do ich przestrzegania, regularnego opłacania składek, aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia i sumiennego wypełniania uchwał władz, a nadto strzec godności członka Stowarzyszenia

Jednocześnie wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych /Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz.926 z późn. zmian./ moich danych osobowych przez Stowarzyszenie „Moja Mammografia” w celach związanych z działalnością statutową Stowarzyszenia. przysługuje mi prawo wglądu w te dane, ich poprawiania lub uzupełniania.

....., dn. własnoręczny podpis

Składka Członkowska: ALIOR BANK 41 2490 0005 0000 4520 6687 9229

Dane osobowe: (prosimy wypełniać czytelnie drukowanymi literami)

Nazwisko i imiona:

imiona rodziców:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Numer dowodu:

Telefon:

E-mail:

Uchwała Zarządu o przyjęciu Pani w poczet Stowarzyszenia „Moja Mammografia” ukaże się na stronie internetowej www.mojamammografia.pl w ciągu czterech tygodni od dnia podpisania deklaracji członkowskiej.