



## Deklaracja członkowska

**Stowarzyszenie Pomocy Chorym z Zespołem Mnogich Wyrośli  
Chrzęstno – Kostnych**

ul. Topolowa 10 , Mosty 84-300 Lębork

NIP: 8411724962

Regon: 383145820

KRS: 0000782355

mhepolska@gmail.com

Ja, niżej podpisany(a) .....  
proszę o przyjęcie mnie w poczet członków **Stowarzyszenia Pomocy Chorym z MHE** z  
siedzibą w Mostach koło Lęborka.

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. Oświadczam również, iż posiadam  
obywatelstwo polskie, pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw  
obywatelskich.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie w celach  
związanych z działalnością statutową Stowarzyszenia. przysługuje mi prawo wglądu w te dane, ich poprawiania lub uzupełniania.

....., dn. ....

własnoręczny podpis .....

**Dane osobowe:** (prosimy wypełniać czytelnie drukowanymi literami)

Nazwisko i imiona: .....

imiona rodziców: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

\*Przystąpienie do Stowarzyszenia wiąże się z opłacaniem składki rocznej ustalonej na walnym zebraniu członków. Kwota składki tj 50 zł rocznie.