

## Deklaracja członkowska

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania (do korespondencji) .....

.....

Adres e-mailowy.....

Telefon kontaktowy.....

Deklaruję wstąpienie do Stowarzyszenia Rodziców po Poronieniu w charakterze członka zwyczajnego/wspierającego\*.

Oświadczam, że zapoznałem/am się ze statutem Stowarzyszenia i zobowiązuję się do przestrzegania zawartych w nim praw i obowiązków członka.

Zobowiązuję się regularnie opłacać składki członkowskie w wysokości ustalonej przez Stowarzyszenie.

**Wyrażam zgodę do przetwarzania moich danych osobowych w celach statutowych na potrzeby Stowarzyszenia.**

Data.....

Podpis.....

\*niepotrzebne skreślić