



**STOWARZYSZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA RECKLINGHAUSENA
I INNYMI SCHORZENIAMI Z GRUPY FAKOMATOZ**

DEKLARACJA

data:.....

Deklaruję dobrowolne przystąpienie w poczet członków Alba Julia- STOWARZYSZENIA PACJENTÓW Z CHOROBA RECKLINGHAUSENA I INNYMI CHOROBAMI Z GRUPY FAKOMATOZ.

Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią i zdolną do podejmowania czynności prawnych.

Nazwisko i imię:

Adres korespondencyjny:

.....

.....

Adres mailowy:

Telefon (opcjonalnie):

Deklaruję składkę roczną w wysokości zł składki rocznej lub wyższą od składki minimalnej, przyjętej Uchwałą Stowarzyszenia Alba Julia.

Zapoznałem się i akceptuję Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 216/679 z dn. 27 kwietnia 2016 r., w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Adres wysyłki deklaracji:

D.Korycińska

Podpis.....

Ul.Tyszkiewicza 13/49

01-157 Warszawa

Szpital Uniwersytecki "Collegium Medicum"
85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9
KRS: 0000250362 NIP: 5542679746 REGON: 340136265
e-mail: alba-julia@alba-julia.pl; www.alba-julia.pl

BANK BPH SA Oddział w Bydgoszczy, ul. Chodkiewicza 15
NR KONTA: 61-10600076-0000320001121897