



STOWARZYSZENIE NEUROFIBROMATOZY POLSKA ALBA JULIA.

DEKLARACJA

data:.....

Deklaruję dobrowolne przystąpienie w poczet członków Stowarzyszenie Neurofibromatozy Polska Alba Julia.

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).

Podpis.....

Adres wysyłki deklaracji:

Dorota Korycińska

Ul. Tyszkiewicza 13/4901-157 Warszawa

Nr konta 13 2490 0005 0000 4530 8196 6012. Alior Bank S.A. (z dopiskiem "opłata członkowska").

Szpital Uniwersytecki
Collegium Medicum"
85-094 Bydgoszcz
Ul. Marii Skłodowskiej – Curie 9
e-mail: alba-julia@alba-julia.pl,
alba-julia.pl

KRS: 0000250362
NIP: 5542679746
REGON: 340136265