

**OPOLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ NIEPEŁNOSPRAWNYCH
W TYM RODZIN I OSÓB Z CHOROBAŁ ALZHEIMERA**

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Niniejszym akceptuję Statut Opolskiego Stowarzyszenia na rzecz Niepełnosprawnych w tym Rodzin i Osób Z Chorobą Alzheimera i deklaruję chęć przystąpienia do Stowarzyszenia na prawach

członka: zwyczajnego, wspierającego

Deklaruję na rzecz Stowarzyszenia pomoc finansową w wysokości 1 zł (jeden zł) rocznie.

Imię i nazwisko

Data urodzenia..... miejsce urodzenia.....

PESEL..... Nr telefonu:

Czy sprawuje Pan (i) bezpośrednią, pośrednią opiekę nad chorym na chorobę Alzheimera?

.....

Stopień niepełnosprawności: lekki, umiarkowany, znaczny Na trwałe, czasowo do.....

nr orzeczenia, legitymacji.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez ww .Stowarzyszenie

* Niepotrzebne skreślić

.....

(data)

.....

(podpis)