



STOWARZYSZENIE
CHORYCH NA ZZSK
I OSÓB ICH WSPIERAJĄCYCH

.....
(miejsowość i data)

Deklaracja członkowska

Ja niżej podpisany legitymujący się dowodem osobistym
(nazwisko i imię)

serii oraz nr PESEL

zamieszkały w
(dokładny adres zamieszkania, kod pocztowy)

.....
województwo deklaruje, że chcę wstąpić do „**Stowarzyszenia
chorych na ZZSK i osób ich wspierających**” z siedzibą we Wrocławiu przy ulicy

Legnickiej 65, 54-206 Wrocław, wpisanego do KRS pod numerem 0000259494.

Do komunikowania się w sprawach Stowarzyszenia wskazuję następujące dane kontaktowe:

tel.: tel. kom. email

.....
podpis

Wypełnioną deklarację członkowską należy wysłać na adres:

Stowarzyszenie chorych na ZZSK i osób ich wspierających
skrytka pocztowa nr 1
01-392 Warszawa 149