



## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Stowarzyszenia Chorych na Hashimoto .  
Zapoznałem się ze Statutem , akceptuję i popieram założenia programowe Stowarzyszenia oraz  
zobowiązuję się do przestrzegania zasad określonych w Statucie, w tym terminowego opłacania  
składek członkowskich. **Prosimy wypełnić czytelnie:**

<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Dokładny adres z kodem pocztowym</b>	
<b>PESEL lub nr dowodu</b>	
<b>Tel. kontaktowy</b>	
<b>Adresy e-mail i skype</b>	

**Składka członkowska wynosi 120 zł na rok.**

**Konto Stowarzyszenia:**

**Bank PKO k-to nr 62 1020 2472 0000 6502 0452 7578**

Uwaga: nie przyjmujemy do Stowarzyszenia dzieci poniżej 16 r.ż. (zapraszamy rodziców).  
W przypadku zapisywania się osoby w wieku 16 -18 lat prosimy dodatkowo o podpisanie  
oświadczenia:

Oświadczam, iż jestem rodzicem lub opiekunem prawnym ..... i  
wyrażam zgodę na członkostwo w/w osoby w Polskim Stowarzyszeniu Chorych na Hashimoto.

.....

.....

imię i nazwisko opiekuna

data i podpis

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych  
zawartych w deklaracji członkowskiej przez Polskie Stowarzyszenie Osób z Hashimoto zgodnie z  
ustawą z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133 poz. 833.

.....

data i podpis

Zał. Statut + ankieta