

Do
Stowarzyszenia Zwyródnienia Plamki Związanego z Wiekim AMD
ul. Al. Waszyngtona 146, lokal 206, 04-076 Warszawa,
tel: (0 22) 515.80.01, www.amd.org.pl, mail: stoamd@op.pl



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

kandydata na Członka Zwyczajnego Stowarzyszenia Zwyródnienia Plamki
Związanego z Wiekim /AMD/

Szanowni Państwo,

Po zapoznaniu się ze Statutem Stowarzyszenia Zwyródnienia Plamki Związanego z Wiekim /AMD/ **deklaruję gotowość i chęć czynnego uczestniczenia w realizacji celów Stowarzyszenia poprzez uczestniczenie w pracach Stowarzyszenia jako jego Członek Zwyczajny.**

Zapewniam przy tym, iż:

1. interesuję się tematyką AMD,
2. mam pełną zdolność do czynności prawnych,
3. nie zostałem/łam pozbawiona praw publicznych,
4. znam i popieram cele Stowarzyszenia oraz sposoby ich realizacji.

Jako Członek Zwyczajny będę:

1. przestrzegał/ła postanowień Statutu, regulaminów i uchwał władz Stowarzyszenia AMD,
2. czynnie uczestniczył/ła w realizacji celów statutowych Stowarzyszenia AMD,
3. regularnie opłacał/ła składki członkowskie*,
4. zawiadomię każdorazowo o zmianie danych osobowych zawartych w tej deklaracji.

Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych w celach uzasadnionych funkcjonowaniem Stowarzyszenia. Zostałem/łam również poinformowany/a o tym, iż administratorem danych osobowych jest Stowarzyszenie Zwyródnienia Plamki Związanego z Wiekim /AMD/ z siedzibą w Warszawie przy ul. A. Waszyngtona 146, lok. 206 i mam prawo wglądu do danych i ich poprawiania.

Imię: _____ **Nazwisko:** _____

Adres zamieszkania: nr kodu: _____ **miejsowość:** _____

ul. _____ **nr telefonu** _____

Adres korespondencyjny: _____

Adres elektroniczny: _____ **Data Urodzenia** _____

Miejsce i data: _____

Czytelny podpis: _____

Jestem: LEKARZEM / PACJENTEM
(prosimy zaznaczyć właściwe)

*Składka członkowska wynosi 30 PLN rocznie.

Nr konta Stowarzyszenia AMD:

DEUTSCHE BANK 52 1910 1048 2214 9923 9402 0001