



# POLSKIE STOWARZYSZENIE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NISKIEGO WZROSTU

## DEKLARACJA

Numer \*)

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Data urodzenia

\_\_\_\_\_  
Stopień niepełnosprawności

\_\_\_\_\_  
adres e-mail

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Adres korespondencyjny – kod – miejscowość – ulica – nr domu – nr mieszkania

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych Polskiego Stowarzyszenia Osób Niepełnosprawnych Niskiego Wzrostu. Deklaruję składkę roczną w wysokości \_\_\_\_\_ zł.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis (w przypadku osoby niepełnoletniej proszę podać w deklaracji dane dziecka, a w miejscu podpisu czytelnie imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

\*) wypełnia Stowarzyszenie