



POLSKIE STOWARZYSZENIE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NISKIEGO WZROSTU

DEKLARACJA Numer *

Imię

Nazwisko

PESEL

Stopień niepełnosprawności**

adres e-mail

Telefon

Adres stałego zameldowania: ulica – nr domu – nr mieszkania – kod pocztowy – miejscowość

Adres korespondencyjny: ulica – nr domu – nr mieszkania – kod pocztowy – miejscowość***

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

Data

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

* wypełnia Stowarzyszenie

** jeśli nie orzekano - wpisać brak

*** wypełnić jeżeli adres korespondencyjny jest różny od adresu stałego zameldowania