**STOWARZYSZENIE RODZIN I PRZYJACIÓŁ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH „DAR SERCA”**

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

**Niniejszym deklaruję wstąpienie do Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych „Dar Serca”**

Imię i nazwisko…………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia………………………………………………..

Miejsce zamieszkania…………………………………………………...

Kontakt tel. e-mail……………………………………………………...

Stopień i symbol niepełnosprawności……………………………………

 Oświadczam, że znane mi sią cele, zadania i zasady działania Stowarzyszenia ujęte

 w jego Statucie.

 Wszystkie podane przeze mnie dane osobowe są zgodne z prawdą i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie przez Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych Dar Serca w Rędzinach.

 Zobowiązuję się do:

1. Aktywnego uczestnictwa w imprezach, zajęciach i pracach Stowarzyszenia oraz propagowania jego celów i programu;
2. Przestrzegania statutu, regulaminu i uchwał władz Stowarzyszenia;
3. Regularnego opłacania składek i innych świadczeń obowiązujących w Stowarzyszeniu

…………………………………… ……………………………………….

miejscowość i data czytelny podpis

W/w został przyjęty w poczet członków uchwałą zarządu nr………. z dnia………

Za Zarząd …………………………. ……………………………….

członek zarządu podpis

…………………………. ……………………………….

członek zarządu podpis

…………………………. ……………………………….

członek zarządu odpis