

## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

### Lędzińskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób Niepełnosprawnych i ich Rodzin

Imię i nazwisko: .....

Numer PESEL: .....

Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....  
ulica , nr domu nr mieszkania

.....  
kod pocztowy, miasto

Numer telefonu: .....

Stopień i symbol niepełnosprawności: .....

Dane członków rodziny uczestniczących w działalności stowarzyszenia:

Imię Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Numer Pesel	Stopień i rodzaj (symbol) niepełnosprawności.

Deklaruję przystąpienie do Lędzińskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób Niepełnosprawnych i ich Rodzin.

.....  
podpis

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane osobowe są zgodne z prawdą i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie przez Lędzińskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych i Ich Rodzin zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 o Ochronie danych Osobowych(Dz.U. nr 13, poz. 883 z 1997r.) ze zmianami z 17.06.2002r. (Dz.U. nr 101, poz. 926 z 2002r.) wyłącznie w celach statutowych.

.....  
podpis

**Klauzule dodatkowe:**

1. Zapoznałem/łam się ze statutem Stowarzyszenia i zobowiązuję się do jego przestrzegania, a w szczególności deklaruję regularne opłacanie składek członkowskich.

.....  
podpis

2. Zapoznałem/am się z Regulaminem Uczestnictwa w imprezach oraz zajęciach rehabilitacyjnych organizowanych przez Lędzińskie Stowarzyszenia na rzecz Osób Niepełnosprawnych i ich Rodzin i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....  
podpis