



# DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię (imiona) i Nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres stałego zamieszkania .....

.....  
kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania

Adres mailowy .....

Telefon ..... Miejsce pracy .....

NR PESEL

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną : Tak  Nie

Rodzic / opiekun osoby niepełnosprawnej : Tak  Nie

Inni : Tak  Nie

## Proszę o przyjęcie mnie na członka Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną

Oświadczam, że zapoznałem/łam się ze Statutem i Regulaminem Koła - akceptuję je i jestem świadomy/a członkostwa w PSONI. Jednocześnie zobowiązuję się do wypełniania wszystkich powinności wynikających ze Statutu Stowarzyszenia, m.in. regularnego opłacania składek.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rejestracji i członkostwa w Polskim Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 roku Nr 101, poz. 926 z późn. zmianami).

Data ..... Podpis .....

Imię i nazwisko członka Zarządu Koła przyjmującego deklarację\* .....

.....

Data ..... Podpis .....

\* W przypadku przyjęcia deklaracji od osoby z niepełnosprawnością intelektualną, na odwrocie podpisują się także czytelnie osoby uczestniczące przy podpisywaniu niniejszego dokumentu.

### Decyzja Zarządu Koła o przyjęciu na członka PSONI:

Uchwała Zarządu Koła nr ..... z dnia .....