

KONTAKT

tel.
fax.
e-mail.....
.....

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA
TOWARZYSTWA PRZYJACIÓŁ MIASTA ŻYRARDOWA

Po zapoznaniu się ze Statutem zgłaszam przystąpienie na członka zwyczajnego / wspierającego Towarzystwa Przyjaciół Miasta Żyrardowa.

1.
imię i nazwisko / nazwa osoby prawnej
2.
data i miejsce urodzenia
3.
wykształcenie / zawód
4.
adres zamieszkania / siedziba osoby prawnej
5. Deklaruję wpisowe w wysokościzł oraz składkę roczną w wysokości zł.

Żyrardów, dn.
.....
Podpis

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo Przyjaciół Miasta Żyrardowa moich danych osobowych, w związku z jego działalnością statutową (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych osobowych Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zmianami). Do złożonych danych przysługuje uaktualnienie wraz z ich wykreśleniem.

.....
Data i podpis

Uchwałą Zarządu Towarzystwa z dn. nrprzyjęto w poczet członków Towarzystwa Przyjaciół Miasta Żyrardowa.

Zarząd
.....
.....
.....