



## Deklaracja Członkowska

Ja, niżej podpisany(a) .....  
proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Stowarzyszenia Chorych z Akromegalią i Osób  
Wspierających

Oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania Stowarzyszenia. Jednocześnie  
zobowiązuję się do ich przestrzegania, regularnego opłacania składek członkowskich, aktywnego (w  
miarę moich możliwości) uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia i sumiennego wypełniania  
uchwał władz.

Jednocześnie oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i nie jestem  
pozbawiony(a) praw publicznych.

**Dane osobowe/firmy:** (prosimy wypełniać czytelnie drukowanymi literami)

Nazwisko i imiona / nazwa firmy: .....

PESEL / REGON .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Czy jestem chory na akromegalię: TAK / NIE

Adres zamieszkania / siedziby: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

Jednocześnie, zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.  
U. Nr 133 poz. 883 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych  
osobowych w celach związanych z działalnością statutową Stowarzyszenia Chorych z Akromegalią i  
Osób Wspierających. Przysługuje mi prawo wglądu w te dane, ich poprawiania lub uzupełniania.

.....  
Miejscowość i data

.....  
własnoręczny podpis

---

Uchwałą Zarządu Nr ..... z dnia ..... został(a) Pan / Pani przyjęty(a) w  
poczet członków Stowarzyszenia Chorych z Akromegalią i Osób Wspierających.

.....  
(podpis sekretarza Zarządu)