



STOWARZYSZENIE PRZESZCZEPIONYCH SERC

02-507 Warszawa, ul. Wołoska 137
Tel kom.: 601 942 683; Konto 08 1050 1041 1000 0023 1310 5088
REGON 140780044 NIP 5213417175
e-mail: biuro@przeszczepserca.pl, www.przeszczepserca.pl

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja, niżej podpisana (y).....

(Imiona, nazwisko drukowanymi literami, PESEL)

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Stowarzyszenia. Oświadczam, iż znane są mi cele i zadania Stowarzyszenia, **posiadam pełną zdolność do czynności prawnych** i pełnię praw publicznych.

Po zapoznaniu się ze Statutem, zobowiązuję się do aktywnego uczestnictwa w działalności Stowarzyszenia oraz przestrzegania postanowień statutowych oraz uchwał władz Stowarzyszenia.

* skreślić w przypadku osoby poniżej 16-ego roku życia

Akceptuję.....

(Czytelny podpis)

Adres zamieszkania

Miejscowość..... __ - ___, ul.Nr.....m.....

Województwo..... tel. domowy, służbowy.....

komórkowy..... E-mail

Data i miejsce urodzenia.....

* Zgadzam się jako przedstawiciel ustawowy, aby moje dziecko (w/w) należało do S.P.S.

.....
(Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego)

* Wypełnić w przypadku kiedy małoletni ma poniżej 16 lat

.....
(czytelny podpis składającej/go deklarację)

Uwaga! Osoba przeszczepiona wypełnia ankietę na drugiej stronie

ADNOTACJE ZARZĄDU dotyczące w/w kandydatury

ANKIETA OSOBY PO PRZESZCZEPIE

Imiona i nazwisko:

Data i miejsce
przeprowadzenia operacji:

Kto kierował zespołem:

Pozostają pod opieką przychodni
przeszczepowej w:

NR KASY
CHORYCH

Pracuję: tak – nie – uczy się
Znajomość obsługi komputera:
b. dobra, dobra, dostateczna,
nie zna.
(w/w podkreśl)

* Nr renty

Nr grupy

Nr emerytury

*odpowiednie
wypełnić

NR PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Przyczyna transplantacji serca:

Warszawa, dnia.....

Podpis

Adnotacje i uwagi zarządu: