



STOWARZYSZENIE  
PACJENTÓW  
Z HIPERLIPIDEMIĄ  
RODZINNĄ  
W GDAŃSKU

## Stowarzyszenie Pacjentów z Hiperlipidemią Rodzinną w Gdańsku

### Deklaracja Członkowska

Ja, niżej podpisana/y, .....wnoszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych Stowarzyszenia Pacjentów z Hiperlipidemią Rodzinną w Gdańsku. Oświadczam, że zapoznałem się ze statutem i zobowiązuję się stosować do przepisów statutu, regulaminów wewnętrznych, oraz uchwał i zarządzeń Zarządu Stowarzyszenia. Deklaruję wpłatę składki członkowskiej w wysokości określonej przez Zarząd Stowarzyszenia zgodnie ze stawką obowiązującą w danym roku.

#### Wypełnia osoba kandydująca (DRUKOWANYMI LITERAMI)

**Imię** ..... **Nazwisko** .....

**Data i miejsce urodzenia** .....

**Adres zamieszkania :**

**Ulica** ..... **Kod pocztowy**.....

**Miejscowość** ..... **Telefon** .....

**Telefon** .....

**Email** .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów Stowarzyszenia Pacjentów z Hiperlipidemią Rodzinną w Gdańsku

.....

(data)

.....

(podpis)

Uchwałą Zarządu Stowarzyszenia z dnia..... przyjęto Panią/na  
..... w poczet członków zwyczajnych Stowarzyszenia  
Pacjentów z Hiperlipidemią Rodzinną w Gdańsku.

.....

(miejscowość)

Zarząd Stowarzyszenia

dnia .....

(data)