



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA Stowarzyszenia Krajowa Rada Opiekunów Medycznych

1. Dane osobowe kandydata:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Miejsce pracy (opcjonalnie):

Zawód / stanowisko:

2. Oświadczenie woli:

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że dobrowolnie wyrażam chęć przystąpienia do Stowarzyszenia „Krajowa Rada Opiekunów Medycznych” oraz deklaruję gotowość przestrzegania postanowień Statutu Stowarzyszenia, regulaminów wewnętrznych oraz uchwał jego władz.

Oświadczam również, że zapoznałem/am się ze Statutem Stowarzyszenia i akceptuję jego treść.

3. Zobowiązania członkowskie:

Zobowiązuję się do aktywnego uczestnictwa w działaniach Stowarzyszenia oraz terminowego opłacania składek członkowskich w wysokości 20 zł miesięcznie, zgodnie z uchwałami Zarządu.

4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (RODO):

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie „Krajowa Rada Opiekunów Medycznych” w celach związanych z realizacją jego działalności statutowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

5. Miejsce i data:

....., dnia

6. Podpis kandydata:

.....

Konto bankowe stowarzyszenia Krajowa Rada Opiekunów Medycznych

43 1020 5297 0000 1702 0327 2408

Uwagi:

1. W tytule przelewu prosimy wpisać: „składka członkowska, miesiąc i rok”. W przypadku opłacenia składki z góry za pół roku lub za cały rok, prosimy wpisać: „składka członkowska, okres od – do (miesiąc/rok)”. W przypadku opłacenia składki za cały rok z góry dopuszczalny jest również zapis: „składka członkowska za rok ...”.
2. Składka członkowska w stowarzyszeniu Krajowej Rady Opiekunów Medycznych wynosi **20 zł miesięcznie**
3. **Adres do korespondencji:** Krajowa Rada Opiekunów Medycznych, Urząd Pocztowy w Oleśnicy, ul. 3 Maja 50 – 52, 56-400 Oleśnica, skrytka pocztowa nr 49