

“

 **Žiadosť o prijatie za člena občianskeho združenia**

**Združenie pacientov s primárnou imunodeficienciou, o.z.**

 so sídlom Mlynské Nivy 56, 821 05 Bratislava - Ružinov

Meno a priezvisko: ……………………………………….………………….. , nar.: ……………………………………….,

trvale bytom: …………………………………………………………………………………..…………………………………..,

Tel.: …………………..……………………… , E-mail.: ……………………………………………………..……………….. .

Týmto žiadam o prijatie za člena občianskeho združenia **Združenie pacientov s primárnou imunodeficienciou, o.z.** so sídlom Mlynské Nivy 56, 821 05 Bratislava - Ružinov. Vyhlasujem, že súhlasím so stanovami občianskeho združenia a zaväzujem sa ich dodržiavať.

 Súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto prihláške pre potreby občianskeho združenia.

”

Miesto: …………………………..………….. dátum: …………………………………..

 ………………………….………………………

 Podpis