



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

