Deklaracja członkowska

	1. Imię (imiona) i nazwisko .... Osoba po przeszczepieniu narządu: ☐ Osoba popierająca cele Stowarzyszenia ☐
2. Data urodzenia	3. Miejsce urodzenia
4. Miejsce zamieszkania - adres do korespondencji	
5. Telefon kontaktowy:	6. Adres e-mail:
7. Przeszczepiony narząd:	8. Data przeszczepienia
9. Klinika, w której dokonano przeszczepienia	
10. Jestem gotowy aby uczestniczyć w akcjach Stowarzyszenia jako wolontariusz: ☐ TAK ☐NIE	
DATA:..... PODPIS:.....	
Przetwarzanie danych osobowych członków Stowarzyszenia przez Stowarzyszenie "Życie po przeszczepie' tylko do celów ewidencyjnych, zgodnie z wymogami ustawowymi z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 z 1997 r. poz. 883 z późniejszymi zmianami.)	

Prosimy odesłać kartę na adres:
Stowarzyszenie "Życie po przeszczepie"
ul. Broniewskiego 2
71-460 Szczecin
e-mail: stowarzyszenie@przeszczep.pl

W przypadku rezygnacji z członkowstwa prosimy również o odesłanie karty. Imię i nazwisko:..... Powód rezygnacji:..... DATA:..... PODPIS:.....