



Асоциация на пациентите с БЪБРЕЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И ПРИЯТЕЛИ

Гр. Хасково, п.к. 6300, ул. „Тутракан“ 21, ет. 3, ап. 4; e-mail: office.apbz@gmail.com Web: www.apbz.org

ДО ПРЕДСЕДАТЕЛЯ НА
УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ НА
„АСОЦИАЦИЯ НА ПАЦИЕНТИТЕ С
БЪБРЕЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И ПРИЯТЕЛИ“

ЗАЯВЛЕНИЕ

От

.....
.....

ЕГН

Адрес:.....
.....

Тел.:..... e-mail:

УВАЖАЕМИ Г-Н/Г-ЖО ПРЕДСЕДАТЕЛ,

Заявявам изричното си желание и съгласие да бъда приет/а като член в Сдружение с нестопанска цел „Асоциация на пациентите с бъбречни заболявания и приятели“, като декларирам, че съм запознат/а с Устава на Сдружението, целите и другите правила на Сдружението, ще ги спазвам и няма да уронвам доброто му име и престиж.

Давам изричното си съгласие да бъдат съхранявани и обработвани личните ми данни от Сдружението с оглед спазване на законови изисквания и постигане разрешените от Закона цели на Сдружението при спазване императивните изисквания на Закона за личните данни.

Дата:

Заявител: