
DEKLARACJA CZŁONKOSTWA

Stowarzyszenia Malta Służba Medyczna

Proszę o przyjęcie mnie w poczet

Stowarzyszenia Malta Służba Medyczna Oddział

Oświadczam, że zapoznałem/am się ze Statutem oraz Regulaminem stowarzyszenia i pragnę nieść pomoc bliźnim zgodnie z hasłem „*Tuitio fidei et obsequium pauperum*”. Równocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Malta Służba Medyczna, zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. „O ochronie danych osobowych” (Dz. U. Nr 133/97 poz.883) w celach związanych z działalnością statutową oraz deklaruję wpłatę wpisowego i składek członkowskich.

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Nr dyplomu:

.....
Data i podpis kandydata

Oświadczenie duszpasterza

Poświadczam niniejszym, że kandydat jest ochrzczonym i praktykującym katolikiem.

.....
Pieczęć i podpis księdza

Decyzja o przyjęciu kandydata

Wpisowe: zł

.....
Data i podpis przyjmującego
