

Oddział KSN AW Nr

Deklaracja przynależności do

KATOLICKIEGO STOWARZYSZENIA NIEPEŁNOSPRAWNYCH ARCHIDIECEZJI WARSZAWSKIEJ

Ja chcę być członkiem
Imię i nazwisko

Katolickiego Stowarzyszenia Niepełnosprawnych Archidiecezji Warszawskiej.
Mam szczerą wolę postępować zgodnie ze statutem i przestrzegać uchwał władz
Stowarzyszenia.

.....
podpis osoby wprowadzającej

.....
podpis deklarującego, data

.....
podpis osoby wprowadzającej

Dane personalne:

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Imiona rodziców

Wykształcenie

Zawód, miejsce pracy

Adres zamieszkania kod miejscowość

ul. nr m.....

Telefon

Parafia

wypełnia Zarząd KSN AW: Przyjęty w poczet członków KSN AW

.....

podpisy członków Zarządu

.....