



**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA
STOWARZYSZENIA „MY UBEZPIECZENI”**

Dane Członka Stowarzyszenia		
Imię i Nazwisko		
PESEL		
Data i miejsce urodzenia		
Miejsce zamieszkania		
Adres do korespondencji		
Dane kontaktowe	tel.	
	e-mail	

Wyrażam zgodę na przystąpienie do STOWARZYSZENIA MY UBEZPIECZENI jako Członek wspierający. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się ze Statutem Stowarzyszenia i znane mi są jego postanowienia. Za przynależność do Stowarzyszenia pobierana jest składka członkowska w wysokości 12 zł w skali roku.

data i podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez STOWARZYSZENIE MY UBEZPIECZENI zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami) wyłącznie w celu realizacji postanowień statutowych Stowarzyszenia.

data i podpis