



До
Председателя и Управителният съвет на
Сдружение на Тарловите пациенти в България-
Лечение без граници
ЕИК 205619617
Гр. Стара Загора

МОЛБА ЗА ЧЛЕНСТВО

От.....,ЕГН,
E`mail....., мобилен номер..... с
адрес:.....

Страдам/ не страдам от рядкото заболяване Периневрални кисти на Тарлов
(*подчертайте излишното*)

Уважаеми г-жо Председател и членове на Управителния съвет,

Моля, да бъде приет за член на Сдружение с нестопанска цел „Сдружение на Тарловите пациенти в България- Лечение без граници ”.

Декларирам, че съм запознат/а с Устава на сдружението и приемам неговите разпоредби. Ще работя за постигане на целите на сдружението, ще спазвам устава на сдружението, ще пазя доброто име на сдружението.

Ще заплащам редовно членският си внос в размер на 10 лв на месец, по официалната банкова сметка на сдружението. Наясно съм, че при неплащане на членски внос за период повече от 12 месеца, членството ми ще бъде прекратено автоматично.

Първа инвестиционна Банка, гр. Стара Загора
IBAN BG69FINV 9150 10173 04329
BIC FINVBGSF
Валута: BGN (лева)
Основание: Членски внос

Дата:

Гр/с.....

С уважение:.....

(Подпис)

/...../

(Име , фамилия)