



Deklaracja członkowska

IMIĘ	.....
NAZWISKO	.....
DATA URODZENIA	.....
ADRES	.....
KOD POCZTOWY	.....
MIEJSCOWOŚĆ	.....
WOJEWÓDZTWO	.....
TELEFON	.....
E-MAIL	.....
STATUS CZŁONKOWSKI	.....
RODZAJ SCHORZENIA	.....
TWOJE ZAJĘCIE	.....
WYKSZTAŁCENIE	.....

Stwierdzam, że podane przeze mnie powyżej dane są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby Stowarzyszenia Retina AMD Polska.

data, miejscowość

podpis