



**Deklaracja przystąpienia do:
KATOLICKIEGO STOWARZYSZENIA LEKARZY POLSKICH
ODDZIAŁ MAZOWIECKI BŁ. DR EWY NOISZEWSKIEJ**

(Przyjęcie członka nastąpi po spełnieniu wymagań statutowych)

Miejscowość, data:.....

Imię i nazwisko:.....

Adres:.....

Telefon:..... **fax:** **e-mail;**

PESEL _____ **Seria i nr dow. osob.:**

Miejsce zatrudnienia i stanowisko:

Deklaruję chęć przystąpienia do Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich
Oddział Mazowiecki bł. dr Ewy Noiszewskiej

Oświadczam, że:

- zapoznałem(am) się ze Statutem Stowarzyszenia KSLP
- popieram działalność Stowarzyszenia KSLP
- zobowiązuję się do przestrzegania Statutu Stowarzyszenia KSLP

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu ustawy
z dnia 29 sierpnia 1997 r. „O ochronie danych osobowych”. tak..... ./ nie.....*

Rekomendacje

1. Osoba wprowadzająca:.....

2. Duszpasterz Służby Zdrowia/ Kapłan Kościoła Katolickiego/

Podpis deklarującego

Potwierdzenie przyjęcia kandydata przez Zarząd Główny Stowarzyszenia:

.....