P R I S T O P N A I Z J A V A

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Stanujoč/a (občina, naselje ali ulica, pošta):_____

_____

Tel.: _____
GSM:_____
email: _____

Status (obkroži) : a) invalid b) starš c) skrbnik d) drugo_____

Želim se vključiti v Društvo za cerebralno paralizo Ptuj – Ormož in s tem

a) aktivno b) pasivno

sodelovati v vseh akcijah, ki jih bo organiziralo društvo.

Članarino bom poravnal redno po izstavljenih položnicah.
Društvo bom obveščal o spremembah svojih podatkov.

_____ _____
(datum) (podpis)
(za otroke izpolnijo izjavo starši ali skrbniki

Društvo za cerebralno paralizo Ptuj – Ormož
Osojnikova 9, 2250 Ptuj
Tel.: 02 78 70 870 Fax.: 02 78 70 871
e- mail: soncek.ptuj@amis.net