

## **Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej w Kościerzynie**

### **Organizacja Pożytku Publicznego**

83 – 400 Kościerzyna, ul. Piechowskiego 36

tel. 58 / 686 03 43 fax 58 / 686 03 49

numer konta bankowego

**90 1020 1879 0000 0102 0013 3009**

KRS 0000239012

NIP 591-161-00-13 Regon 220101564



## **DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

.....  
( imię i nazwisko )

**Deklaruję przystąpienie do Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej w Kościerzynie, zobowiązuję się jednocześnie do przestrzegania Statutu, regulaminów i uchwał władz Stowarzyszenia.**

.....  
( miejscowość, data )

.....  
( podpis )

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza:

1. Imię i nazwisko .....
2. Data urodzenia ..... miejsce urodzenia .....
3. PESEL .....
4. Adres zamieszkania .....
5. Adres do korespondencji .....
6. Tel. kontaktowy: .....
7. Adres e-mail: .....