

**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**  
**PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI**

Ja, niżej podpisany/a ..... imię/imiona i nazwisko ..... nazwisko panieńskie	
urodzony/a ..... data (dzień-miesiąc-rok)	W..... miejsce urodzenia
i posiadający/a numer ewidencyjny PESEL .....	
zameldowany/a:	Dane kontaktowe:
przy ul. .... nr domu..... nr mieszkania .....	telefon komórkowy .....
W..... kod pocztowy.....	telefon domowy/fax .....
w województwie .....	adres e-mail.....
w powiecie .....	
gmina/dzielnica.....	
adres korespondencyjny (o ile jest inny niż adres zameldowania)	
ul. ....nr domu..... nr mieszkania .....	
miejscowość ..... kod pocztowy..... województwo.....	
powiat .....gmina/dzielnica.....	
wykształcenie: <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe	
oświadczam, że znany jest mi Statut RDN i deklaruje wstąpienie do Razem Dla Niepełnosprawnych	
ponadto: ➤ deklaruje płacić składkę członkowską ustaloną przez władze statutowe RDN, ➤ wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Deklaracji przez Razem Dla Niepełnosprawnych jak i utworzone przez nią komitety wyborcze, na potrzeby realizacji celów statutowych RDN zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. O ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883).	
..... data i podpis	
<b>WYPEŁNIA ZARZĄD KOŁA</b>	
Data wpłynięcia deklaracji członkowskiej do koła .....	
data i podpis	