

.....
(miejsowość, data)

**Stowarzyszenie Na Rzecz Osób
z Niepełnosprawnościami, Ich
Rodzin i Opiekunów
CICHE MARZENIA
w Gołańczy**

DEKLARACJA

1. Ja, niżej podpisany (a)
ur. w, zam.

deklaruję chęć przystąpienia do Stowarzyszenia Na Rzecz Osób z Niepełnosprawnościami, ich Rodzin i Opiekunów CICHE MARZENIA w Gołańczy oraz przestrzegania postanowień statutu.

2. **Deklaruję** wpłatę składki członkowskiej, uchwalonej przez Zarząd Stowarzyszenia uchwałą nr 1/2020 z dnia 7 lutego 2020 roku w sprawie ustalenia wysokości składki członkowskiej, w wysokości:

a) 5 zł miesięcznie;

b) jednorazowo za dany rok w wysokości 60 zł *

na poniższe konto bankowe Stowarzyszenia:

Pałucki Bank Spółdzielczy w Wągrowcu O/ Gołańcz

Nr rachunku: 64 8959 0001 3900 5669 2000 0010

.....
Podpis osoby deklarującej

* właściwe zaznaczyć