



**Deklaracja wstąpienia do  
Stowarzyszenia Użytkowników Psychiatrycznej  
Opieki Zdrowotnej oraz Ich Rodzin i Przyjaciół  
„FENIKS”**

Ja, niżej podpisany/a

Imię	Nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	Telefon	Telefon komórkowy
Adres e-mail	Pesel	Seria i numer dowodu

**Adres Korespondencyjny:**

Ulica	Kod pocztowy
Miejscowość	Gmina / dzielnica

Proszę o przyjęcie do Stowarzyszenia którego cele i środki działania są mi znane. Zobowiązuje się do regularnego opłacania składek członkowskich i przyjmuje do wiadomości fakt, iż na podstawie Statutu moje członkostwo wygaśnie w przypadku zaległości składkowych obejmujących 12 miesięcy. Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie „FENIKS” w celach statutowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. Nr 133 poz. 883 z póź. zm. )

..... ( miejsce i data ) ..... ( podpis )

[wypełnia zarząd]

Przyjęto w poczet członków Stowarzyszenia

..... ( miejsce i data ) ..... ( podpis )