



PRISTOPNA IZJAVA

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