

# DEKLARACJA

Ja niżej podpisany/a/ .....

*/nazwisko i imię/*

zamieszkały/a/.....

*/pełny adres/*

telefon ..... e-mail .....

deklaruję przystąpienie do Stowarzyszenia Chorych na Wrodzone Skazy Krwotoczne, z siedzibą przy ul. Marcelińskiej 44 w Poznaniu, jako członek zwyczajny / wspierający / niepotrzebne skreślić /.

Oświadczam, że zapoznałem się ze Statutem Stowarzyszenia oraz zobowiązuję się stosować do jego postanowień.

## **Dodatkowe dane - dotyczy osób chorych przystępujących do Stowarzyszenia :**

Pesel .....

Typ skazy krwotocznej / poziom czynnika .....

Adres szpitala, w którym chory otrzymuje pomoc .....

.....

Uwagi.....

.....

....., dnia .....

.....

podpis