

Gdańsk dnia:

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja niżej podpisany(a)

adres kontaktowy:

telefon:, adres e-mail:, wiek:

wyrażam pisemną chęć przystąpienia do

Pomorskiego Stowarzyszenia Chorych na Łuszczycę „Fala Nadziei ”

i zobowiązuję się do regularnego płacenia składek.

.....
Data i podpis

.....
Prosimy o odcięcie podpisanej deklaracji i odesłanie na poniższy adres:

Pomorskie Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę „Fala Nadziei”

80-101 Gdańsk

ul. Powstańców Warszawskich 1-2

Bank Zachodni WBK S.A.

I Oddział w Gdańsku

nr. konta: 32 1090 1098 0000 0001 0644 9321

tytuł przelewu: „składka członkowska”

(wpłatę składki członkowskiej można również dokonać na Oddziale Dermatologii, Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego)