

P R I H L Á Ť K A

Za člena

ASOCIÁCIE ORGANIZÁCII ZDRAVOTNE POSTIHNUTÝCH OBČANOV

Organizácia.....

Adresa

Zaregistrovaná dňa

Štatutárny zástupca organizácie:
(meno, priezvisko, titul, adresa, telefón, fax).....

.....

Náhradníci : 1,.....

2,.....

Zameranie organizácie.....

.....

Týmto sa prihlasujem za člena Asociácie organizácii zdravotne postihnutých občanov na Slovensku (AOZPO SR).Berieme na vedomie a súhlasíme so stanovami AOZPO SR, čo potvrdíme podpisom Zmluvy o súčinnosti.

Súčasne prehlasujeme, že zdravotne postihnutí občania, resp. ich zákonný zástupcovia tvoria nadpolovičnú väčšinu individuálnych členov našej organizácie.

Poštu zasielajte na adresu

.....

.....

V dňa.....

podpis a pečiatka

Príloha : kópia stanov organizácie