



ASOCIAȚIA PERSPECTIVE PENTRU COPIII HIPOACUZICI ROMÂNIA

ASOCIAȚIA PERSPECTIVE PENTRU COPIII HIPOACUZICI

FORMULAR DE ÎNSCRIERE

Subsemnatul(a).....
cu domiciliul în....., str.
nr., bl., sc., et., ap., sector/județ
....., legitimate prin BI/CI/ seria nr.
..... eliberat(ă) de la data de
....., CNP, tel., adresa
e-mail....., declar că am luat
la cunoștință și sunt de acord cu prevederile statutului și actului constitutiv ale
asociației și doresc să mă înscriu în ASOCIAȚIA PERSPECTIVE PENTRU COPIII
HIPOACUZICI.

Sunt de acord să plătesc cotizația de membru al asociației în valoare de: 50 lei/
an, 100 lei/an sau doresc să cotizez cu o sumă unică de..... lei.

Plata cotizației, precum și alte donații/ sponsorizări se pot face în numerar sau prin
virament bancar în conturile deschise la Banca Raiffeisen Brașov, după cum
urmează:

RO97RZBR0000060018584623- pentru plăți efectuate în LEI
RO75RZBR0000060018584631- pentru plăți efectuate în EURO

În acest sens declar pe proprie răspundere că doresc să devin susținător al asociației,
drept care solicit conducerii asociației aprobarea prezentei cereri.

Semnătura solicitant: Data:

Aprobat:

Președinte asociație: Gál Katalin Data:

.....