STOWARZYSZENIE ABSOLWENTÓW I PRZYJACIÓŁ
I LO IM. T. KOŚCIUSZKI
Z SIEDZIBĄ WE WŁODAWIE
UL. SZKOLNA 1
22-200 WŁODAWA

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

1. Nazwisko i imię .....
wpisz drukowanymi literami
2. Data urodzenia .....
3. Dokładny adres .....
kod pocztowy *wpisz drukowanymi literami* *miejscowość*

.....
ulica *e-mail*
4. Adres do korespondencji

.....
kod pocztowy *miejscowość* *ulica*
5. Telefon

.....
domowy *w pracy* *kom.*
6. Wykształcenie .....
7. Zawód .....
8. Adres zakładu pracy (szkoły) .....

Zgadzam się na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych w celach zgodnych ze statutem Stowarzyszenia Absolwentów i Przyjaciół I Liceum Ogólnokształcącego im. T. Kościuszki we Włodawie .

....
miejscowość, data *podpis*

Po zapoznaniu się ze Statutem proszę o przyjęcie mnie w poczet członków zwyczajnych *(wspierających, honorowych) Stowarzyszenia Absolwentów i Przyjaciół I Liceum Ogólnokształcącego im. T. Kościuszki we Włodawie.

....
miejscowość *data* *podpis*

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów i Przyjaciół I Liceum Ogólnokształcącego im. T. Kościuszki we Włodawie uchwałą z dnia ..... przyjmuje pana/panią ..... w poczet członków zwyczajnych *(wspierających, honorowych).

Sekretarz Prezes

....

*) Niepotrzebne skreślić.