



ASOCIAȚIA SPITALULUI VOILA

Câmpina, str. Voila nr. 114, jud. Prahova

Email: spitalpshiatrice@gmail.com Web: www.spitalulvoila.ro

tel: 0344 / 101 118; fax: 0344 / 102 034

APROBAT,
Președinte Consiliul Director

FORMULAR DE ADEZIUNE
pentru dobândirea calității de membru
Nr. /

Către Consiliul Director al Asociației Spitalului Voila Câmpina,
Subsemnatul (a) _____,
domiciliat(ă) în localitatea _____ jud. _____
strada _____ nr. ___ bloc ___ sc. ___ ap. ___ tel. _____
e-mail: _____ legitimat cu C.I seria ___ nr. _____
eliberat de _____ CNP _____

Cunoscând obiectivele și scopurile Asociației, menționate în invitația de aderare, anexă la prezenta adeziune, solicit acceptarea mea în cadrul Asociației Spitalului Voila, în calitate de membru asociat.

Doresc să contribui la realizarea proiectelor și activităților inițiate în cadrul Asociației, și de a promova interesele legitime ale Asociației.

Mă angajez să respect Statutul și regulamentele Asociației, și să achit cotizația de membru în valoare de 50 lei/an.

Declar pe propria răspundere că nu am antecedente penale.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor personale în scopul realizării obiectivelor stabilite în statutul Asociației.

Data:

Semnătura,