



## **PRISTOPNA IZJAVA**

za včlanitev v Društvo za cerebralno paralizo Ljubljana

IME in PRIIMEK: \_\_\_\_\_

ROJEN(a): \_\_\_\_\_ EMŠO: \_\_\_\_\_

NASLOV: \_\_\_\_\_

POKLIC: \_\_\_\_\_

ZAPOSLEN(a): \_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

E – pošta: \_\_\_\_\_

### **Ustrezno označite:**

Podpisani izjavljam, da želim postati član (ica) društva za CP Ljubljana kot:

- |   |   |
|---|---|
| a) <input type="checkbox"/> oseba s CP ali drugo okvaro | b) <input type="checkbox"/> oče, mati otroka s CP ali drugo okvaro, |
| c) <input type="checkbox"/> prijatelj                   | d) <input type="checkbox"/> simpatizer (ka) društva,                |
| e) <input type="checkbox"/> strokovni sodelavec,        | f) <input type="checkbox"/> podporni član.                          |

S podpisom se obvezujem, da bom skladno s statutom društva , redno plačeval članarino.

**Prijavnica se izpolni za polnoletno osebo(starš), ostale člane pa dopišete.**

### **Ostali družinski člani:**

**IME in PRIIMEK**

**datum rojstva**

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

Fax: 01 426 9249



oddaj: drustvozacplj@gmail.com