**Belépési nyilatkozat**

**Alulírott *(természetes személy vagy a szervezet neve)***

………………………………………………………………………………

**ezúton nyilatkozunk, hogy belépünk a Diabétesz Láb Szövetségbe.**

A Szövetség alapító okiratát megismertük, célkitűzéseit, szellemiségét, értékrendjét elfogadjuk, az alapszabályban leírtakat magunkra nézve kötelezőnek ismerjük el. Tudomásul vesszük, hogy a felvételhez - az Alapszabály szerint - az Elnökség jóváhagyása szükséges.

Vállaljuk az évi ….000 Ft tagsági díj fizetését, melyet az Egyesület által kiállított számla alapján átutalunk. (Természetes személyek tagdíja évi 6000 Ft, cégek, jogi személyek tagdíja évi 100 000 Ft.)

**Tagnyilvántartás céljából közöljük:**

Telephely címe:

|  |  |
| --- | --- |
| Irányítószám: | Helység: |
| Utca, házszám, emelet, ajtó: | |

Postai címe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Irányítószám: | Helység: | Postafiók: |
| Telefon: | Fax: | Mobil: |
| E-mail cím: | | Honlap: |

Számlázási cím *(amennyiben eltér a postai címtől)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Irányítószám: | Helység: | Postafiók: |
| Telefon: | Fax: | Mobil: |
| E-mail cím: | | Honlap: |

|  |  |
| --- | --- |
| Bankszámlaszám: |  |
| Adószám: |  |

**A Szövetségben a szervezet képviseletével megbízott személy (képviselő):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Neve: |  | |
| Beosztása: |  | |
| Munkahelyi telefon: |  | Fax: |
| Munkahelyi e-mail cím: |  | Mobil: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pártoló tag 1. Pártoló tag 2.

Kelt: …………………. 2018. ….…………….hó…………nap

………………………………………………………… P. H.

/cégszerű aláírás/