

FORMULAR DE ADEZIUNE

Subsemnatul / subsemnata, cetatean,
nascut/-a la data de, in localitatea,
domiciliat/-a in localitatea, adresa
....., identificat/-a cu cartea de
identitate seria nr., eliberata de, doresc
sa ma inscriu ca membru sustinator in Asociatia "Echitate in Sanatate".

Declar ca am citit Statutul Asociatiei si ma angajez sa il respect. Am luat la
cunostinta si ma angajez sa nu demarez actiuni si/sau luari de pozitie in numele
Asociatiei fara a anunta in prealabil conducerea Asociatiei si fara a avea acordul
scris al acesteia.

Datele mele de contact sunt urmatoarele:

- adresa postala:
- telefon: fix mobil
- adresa e-mail:

Data:

Semnatura