

## ČLENSKÁ P R I H L Á Š K A

do občianskeho združenia

**Slovenská aliancia zriedkavých chorôb (Aliancia ZCH)**

---

**Názov občianskeho združenia:**

**Skratka:**

**Názov občianskeho združenia v angličtine:**

**Sídlo:**

**Korešpondenčná adresa:**

**IČO:**

**Číslo a dátum prvej registrácie:**

**Číslo aktuálnej registrácie:**

**Dátum vzniku:**

**Počet členov:**

**Spolu:**

**Z toho pacientov:**

**Členstvo v iných organizáciách:**

**Predseda občianskeho združenia**

**/Priezvisko, meno, titul, mobil predsedu a e-mail predsedu/:**

---

**Zástupca občianskeho združenia v orgánoch Aliancie ZCH:  
/Priezvisko, meno, titul, mobil, e-mail/:**

**Svojim podpisom vyjadrujeme svoj záujem stať sa členom Aliancie ZCH. Zároveň sa stotožňujeme so Stanovami Aliancie ZCH vo všetkých aspektoch, jej poslaním a cieľmi.  
\*Ročný členský poplatok v sume 20 eur uhradíme na účet Aliancie ZCH vedenej vo VÚB č.ú.2985850358/0200 do 30.4. príslušného roka.**

---

\*Výška členského poplatku do Aliancie ZCH nie je závislá od ročného príjmu Vašej organizácie v minulom finančnom roku a je stanovená pevne, na sumu 20 eur.  
2 - 4 krát ročne bude e-mailom podľa potreby aj poštou zasielaný členským organizáciám newsletter s názvom "MINORIT" o najnovších aktualitách v Aliancii ZCH.

V ..... dňa .....

Podpis štatutárneho zástupcu: