

Sorszám:.....

**Név: PÉCSI PSZORIÁZISBETEGEK EGYESÜLETE**

Székhelye: 7633. Pécs Dr. Veress E. U. 6

Levél cím : 7636 Pécs Visnya Ernő utca. 10. 1/5 (Keller Árpádné)

Elérhetőségeink: 30/ 448-3201 vagy a 70/ 270-0201 - es mobil

Email: [pecsipsori@gmail.com](mailto:pecsipsori@gmail.com) Honlap: [www.pecsipsori.hu](http://www.pecsipsori.hu)



**BELÉPÉSI NYILATKOZAT**  
(KÉRJÜK NYOMTATOTT BETŰKKEL KITÖLTENI!)

Név:.....

Lánykori név:.....

Születési hely, időpont:.....

Lakcím, (irányítószámmal):.....

Email elérhetőség:.....

Telefon és mobil szám:.....

Egyéb elérhetőségem:.....

A Pécsi Pszoriázisbetegek Egyesületének alapszabályát, annak rendelkezéseit magamra nézve kötelezőnek elfogadom. Az aláírt belépési nyilatkozatommal kérem felvételemet a Pécsi Pszoriázisbetegek Egyesületébe rendes tagként/pártoló tagként. (a megfelelőt kérjük aláhúzni!)

Vállalom továbbá, hogy a közgyűlés által évente meghatározott mértékű tagdíjat határidőben megfizetem, és tudomásul veszem, hogy az Egyesületben a jogaimat csak személyesen gyakorolhatom, képviselőnek helye nincs.

**Adatkezelési nyilatkozat:**

Alulírott elfogadom, és tudomásul veszem, hogy a Pécsi Pszoriázisbetegek Egyesülete (PPBE) az általam önkéntesen szolgáltatott adataimat használhatja, kezelheti és feldolgozhatja, felhasználhatja minden olyan esetben, amikor azok az Egyesület céljának megvalósítását és az Egyesület tevékenységét szolgálják!

.....

Aláírás

Kelt: .....