 **ÉFOÉSZ NÓGRÁD MEGYEI KÖZHASZNÚ EGYESÜLET**

 2660 BALASSAGYARMAT, Rákóczi út 66.

 Telefon/Fax: 06 35/ 300-737

 E-mail: efoesz.bgy@gmail.com

 **Belépési nyilatkozat**

**Személyes adatok**

Név: ……………………………………………………………………

*Lakcím:* *Levelezési cím:*

Település: ……………………………… Település: ………………………………………

Irányító szám: …………………………. Irányító szám: ………………………………….

Utca/tér és em/ajtó: …………………… Utca/tér és em/ajtó: ……………………………

Telefon: ……………………………….. Email: ………………………………………..

Születési helye, ideje: ……………………………………

Anyja neve: ………………………………………………

**Cselekvőképesség**

 Korlátozottan cselekvőképes Cselekvőképtelen

A törvényes képviselő (szülő, gondnok, gyám) neve: ………………………………………

A törvényes képviselő (szülő, gondnok, gyám) lakcíme: ……………………………………..

Település: …………………………………… Irányító szám: ………………………………..

Utca/tér: …………………………………….. Házszám: ….….. Emelet: …..… Ajtó: …..…..

A gondnok, gyám kijelöléséről szóló határozat száma:……………………………………… , kelte:…………………………………………

A belépési nyilatkozat aláírásával hozzájárulok adataim tagnyilvántartással, jogaim és kötelességeim teljesítésével kapcsolatos felhasználásához. A Szövetség adataimat harmadik személynek nem továbbíthatja. Tudomásul veszem, hogy az adataimban bekövetkező változásokat 30 napon belül a Szövetség székhelyén kell bejelenteni.

…………………………………….. ………..……………………………

törvényes képviselő belépő aláírása

(szülő, gondnok, gyám) aláírása

Kelt: …………………………………………………………………….

 **ÉFOÉSZ NÓGRÁD MEGYEI KÖZHASZNÚ EGYESÜLET**

 2660 BALASSAGYARMAT, Rákóczi út 66.

 Telefon/Fax: 06 35/ 300-737

 E-mail: efoesz.bgy@gmail.com

 **Belépési nyilatkozat**

**Személyes adatok**

Név: ……………………………………………………………………

*Lakcím:* *Levelezési cím:*

Település: ……………………………… Település: ………………………………………

Irányító szám: …………………………. Irányító szám: ………………………………….

Utca/tér és em/ajtó: …………………… Utca/tér és em/ajtó: ……………………………

Telefon: ……………………………….. Email: ………………………………………..

Születési helye, ideje: ……………………………………

Anyja neve: ………………………………………………

**Cselekvőképesség**

 Korlátozottan cselekvőképes Cselekvőképtelen

A törvényes képviselő (szülő, gondnok, gyám) neve: ………………………………………

A törvényes képviselő (szülő, gondnok, gyám) lakcíme: ……………………………………..

Település: …………………………………… Irányító szám: ………………………………..

Utca/tér: …………………………………….. Házszám: ….….. Emelet: …..… Ajtó: …..…..

A gondnok, gyám kijelöléséről szóló határozat száma:……………………………………… , kelte:…………………………………………

A belépési nyilatkozat aláírásával hozzájárulok adataim tagnyilvántartással, jogaim és kötelességeim teljesítésével kapcsolatos felhasználásához. A Szövetség adataimat harmadik személynek nem továbbíthatja. Tudomásul veszem, hogy az adataimban bekövetkező változásokat 30 napon belül a Szövetség székhelyén kell bejelenteni.

…………………………………….. ………..……………………………

törvényes képviselő belépő aláírása

(szülő, gondnok, gyám) aláírása

Kelt: …………………………………………………………………….