

Pristupnica za članstvo u Udruzi oboljelih od sarkoidoze

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: | | | | | | | | |

OIB: | | | | | | | | | | |

Poštanski broj: | | | | | |

Mjesto: _____

Ulica i kućni broj: _____

E-mail: _____

Mobitel: _____

Želite li se aktivnije uključiti u rad Udruge? ☐ *NE*

☐ *DA* ***Na koji način biste htjeli biti aktivnije uključeni (znanja, sposobnosti)?***

_____

_____

_____

- -

Potpisom ove pristupnice članovi se obvezuju na poštivanje odredbi njenog Statuta i drugih akata, kao i odluka tijela Udruge.

Datum _____

Potpis člana _____

Ispunjenu pristupnicu molimo pošaljite poštom na adresu Udruge:

Udruga oboljelih od sarkoidoze, Mramorni prilaz 8a, 10040 Zagreb

Ili scan ili sliku pristupnice e-mailom na adresu:

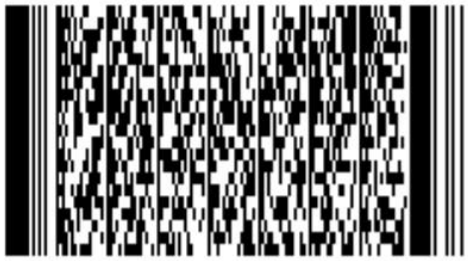
info@uos-sarkoidoza.hr

Ovu stranicu nije potrebno slati putem pošte ili e-mail-a

Molimo Vas da članarinu u iznosu od 5E platite u roku od 15 dana od dana potpisa prijavnice.

Podaci za uplatu:

Skenirajte ovaj QR kod s Vašom mobilnom aplikacijom za jednostavniju uplatu



Iznos: 5.00

IBAN primatelja: HR1724020061101204832

Model plaćanja: 99

Poziv na broj

Šifra namjene: Isplate za donacije, spo...

Opis plaćanja: Članarina

Platitelj

Ime i prezime

Adresa

Poštanski broj i grad

Primatelj

Ime i prezime: Udruga oboljelih od sarkoidoze

Adresa: Mramorni prilaz 8a

Poštanski broj i mjesto: 10040 Zagreb