



## DEKLARACJA

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Stowarzyszenia Maltańska Służba Medyczna - Pomoc Maltańska, Oddział ..... . Oświadczam, że znam statut oraz regulamin i pragnę nieść pomoc bliźnim zgodnie z hasłem Zakonu Maltańskiego «Tuitio fidei et obsequium pauperum».

Równocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez MSM, zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997r. „O ochronie danych osobowych” (Dz.U. Nr 133/97 poz. 883) w celach związanych z działalnością statutową oraz deklaruje wpłatę wpisowego i składek członkowskich.

Imiona i nazwisko:

Adres:

  
  

Pesel i miejsce urodz.:

Zawód / szkoła:

Nr dyplomu:

[miejscowość i podpis kandydata]

### Oświadczenie duszpasterza

Poświadczam niniejszym, że wymieniony wyżej kandydat jest ochrzczonym i praktykującym katolikiem.

.....  
[pieczęć i podpis księdza]

[wpisowe]

zł

Przyjęcie kandydata:

[data i podpis przyjmującego]

