

**FORMULAR DE INSCRIERE IN
ASOCIATIE**

Numar de inregistrare: _____

Nume:	
Prenume:	
Adresa:	
E-mail:	
Telefon:	
CNP:	

**ASOCIATIA PARINTILOR
COPIILOR SLAB VAZATORI
SI NEVAZATORI**

Str Textilistilor, nr 2, bl B1,ap 95
Galati, Romania

Site: www.retinopatiecopii.ro

E-mail: cioc.mihaita@gmail.com

Telefon: 0744.709976
0742.257251

Informatiile necesare pentru efectuarea unei plati in lei in
contul Asociatiei:

Beneficiar:Asociatia Parintilor Copiilor Slab Vazatori si
Nevazatori

Cod de identificare fiscala: 29464246

Nr cont IBAN RO93RZBR0000060014216688

Banca : Raiffeisen Bank Galati

Locul de munca/Domeniul tau de specializare:

--

Cotizatia de membru:

10 LEI/LUNA

**Situatia privind obligatiile financiare fata de Asociatia Parintilor Copiilor Slab Vazatori si
Nevazatori:**

- Achitata
 Neachitata
 Nu este cazul

se precizeaza modalitatea de plata

--

Obs: Plata cotizatiei de membru reînnoieste automat satutul de membru si consfiinteste acordul de vointa
privind calitatea de membru in Asociatie.

Cunoasterea si respectarea statutului:

Am primit o copie dupa Statutul Asociatiei

Ma angajez sa respect prevederile statutului si valorile morale ale asociatiei; sa particip activ la
activitatile organizate ; sa sprijin proiectele si eforturile Asociatiei privind realizarea scopurilor si
obiectivelor propuse.

De asemenea ma oblig sa feresc activitatea Asociatiei de orice fel de divergente si conflicte de ordin
personal si sa nu utilizez calitatea de membru pentru activitati ce pot dauna material si moral Asociatiei.

Alte mentiuni:

--

Data:

--

Semnatura:

--