



СПИНА БИФИДА И ХИДРОЦЕФАЛИЯ-БЪЛГАРИЯ (СБХБ),
www.sbhb.org, info@sbhb.org

ДО: УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ
НА СНЦ „СПИНА БИФИДА И ХИДРОЦЕФАЛИЯ-БЪЛГАРИЯ“

МОЛБА

№ Дата г.

за членство в Сдружение
„СПИНА БИФИДА И ХИДРОЦЕФАЛИЯ-БЪЛГАРИЯ“

Уважаеми членове на Управителния съвет,

С настоящата молба заявявам желанието си да бъда приет/а за член на Сдружение „Спина бифида и хидроцефалия – България“.

Декларирам, че съм запознат/а с устава, целите и дейността на Сдружението, публикувани на [електронната страница](#) и заявявам готовност да ги подкрепям и спазвам. Съгласен/на съм да участвам активно в дейностите на Сдружението и да изпълнявам задълженията си като негов член, включително заплащането на членски внос в случаите, когато такъв е дължим, съгласно решенията на Общото събрание.

Към настоящата молба прилагам попълнен формуляр за нови членове.

Моля Управителният съвет да разгледа молбата ми и да вземе решение за приемането ми за член на Сдружението.

С уважение,

.....
(три имена)

.....
(подпис)

Дата:

Място:

Указания за подаване: Попълнете Молбата, заедно със следващата страница: Формуляр за нови членове. Изпратете на info@sbhb.org в електронен вид (pdf, текстов файл, сканиран документ или снимка) или на адреса на Сдружението на хартиен носител.



СПИНА БИФИДА И ХИДРОЦЕФАЛИЯ-БЪЛГАРИЯ (СБХБ),
www.sbhb.org, info@sbhb.org

ФОРМУЛЯР ЗА НОВИ ЧЛЕНОВЕ

Име, презиме, фамилия:

Дата на раждане:

Адрес за контакт:

Телефон:

Електронен адрес:

Профил в социалните мрежи:
(по желание)

Предпочитан начин за контакт:

Как определяте себе си:

- човек със спина бифида/хидроцефалия
- родител/настойник
- близък/роднина/приятел
- специалист (лекар, терапевт, педагог и др.)
- доброволец/съмишленик
- друго:.....

Как желаете да се включите?
(може да посочите повече от едно)

- участие в събития
- доброволчество
- подкрепа в кампании
- онлайн инициативи
- застъпничество
- дарителство
- друго:.....

Вид членство

- Индивидуално
- Семейно

Само за семейно членство:
Моля впишете имената на другите членове на Сдружението, с които желаете да сте в режим “семейно членство”:
.....
.....
.....



СПИНА БИФИДА И ХИДРОЦЕФАЛИЯ-БЪЛГАРИЯ (СБХБ),
www.sbhb.org, info@sbhb.org

Моля отбележете:

- Желая да бъда включван в групи на сдружението и общността в социалните мрежи.
- Желая да получавам по електронната поща новини от Сдружението свързани с дейностите му, включително бюлетини, покани и други.

Декларирам, че предоставените данни са верни.

Декларирам, че съм информиран/а, че личните ми данни се обработват от СНЦ „Спина и Хидроцефалия – България“ за целите на членството, комуникация и изпълнение на законови задължения, съгласно Регламент (ЕС) 2016/679 (GDPR) и приложимото законодателство.

Подпис:

Дата:

Място: