



ÉFOÉSZ

**Értelmi Fogyatékossgal Élők és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége**

**Hajdú-Bihar Megyei Egyesület**

4024 Debrecen Attila Tér 1.  
Telefon/Fax: 06 20/370-8659  
E-mail: efoesz.hb@gmail.com

## **BELÉPÉSI NYILATKOZAT**

Alulírott az ÉFOÉSZ Hajdú - Bihar Megyei Egyesületének tagja kívánok lenni, és kérem, felvételemet az Egyesület tagjai sorába.

Tárgyévi tagdíj-fizetési kötelezettségemnek február 28-ig eleget teszek.

Név: \_\_\_\_\_ Tel .szám ,email cím \_\_\_\_\_

Születési hely: \_\_\_\_\_ idő: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Lakcím:

Település: \_\_\_\_\_ irányítószám: \_\_\_\_\_

Utca, házszám: \_\_\_\_\_

A belépési nyilatkozat aláírásával hozzájárulok adataim tagnyilvántartással, jogaim és kötelességeim teljesítésével kapcsolatos felhasználásához. Az Egyesület adataimat harmadik személynek nem továbbíthatja.

Tudomásul veszem, hogy az adataimban bekövetkező változásokat 30 napon belül az Egyesület székhelyén be kell jelenteni.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
a törvényes képviselő aláírása

\_\_\_\_\_  
a belépő aláírása

(amennyiben tud írni)