m.p. .....dnia.....

# DEKLARACJA

.....
*pełna nazwa organizacji*

.....

.....
*kod* *miejscowość* *ul.* *nr* *tel. nr*

**deklarujemy wolę przystąpienia do**

## Lubelskiego Forum Organizacji Osób Niepełnosprawnych Sejmiku Wojewódzkiego

**jako członek zwyczajny – wspierający** *

i zobowiązujemy się do wypełniania obowiązków statutowych LFOON-SW.

* ponadto jako członek wspierający zobowiązujemy się do wspierania LFOON-SW

- finansowo w kwocie .....zł. rocznie
- rzeczowo w postaci

.....

.....

.....

Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania organizacji.

1. .....
*Imię i Nazwisko* *funkcja* *podpis*

2. .....
*Imię i Nazwisko* *funkcja* *podpis*