**WNIOSEK**

O PRZYJĘCIE DO POLSKIEJ KOALICJI MEDYCYNY PERSONALIZOWANEJ - STOWARZYSZENIA

**CZŁONEK ZWYKŁY (OSOBA FIZYCZNA)**

Ja, niżej podpisany/podpisana\* ………………………………………………………………………………………………….

[*Imię i Nazwisko*]

zamieszkały/zamieszkała\* w ……………………………………………………………………………………………………….

[*Pełny adres*]

posiadający/posiadająca\* adres poczty elektronicznej ………………………………………………………………

[*adres poczty elektronicznej*]

niniejszym wnoszę o przyjęcie do Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej – Stowarzyszenia.

Niniejszym oświadczam, że spełniam kryteria członkostwa określone w statucie Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej – Stowarzyszenia z dnia 9 lutego 2017 r., tj.:

1. mam ukończone 18 lat;
2. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych; oraz
3. jestem obywatelem/obywatelką\* Rzeczypospolitej Polskiej/…………………………………………………

[*inne państwo – podać jakie*]\*.

Ponadto zobowiązuję się przestrzegać postanowień powyższego statutu, a także wszelkich wprowadzonych do niego zmian.

[*Dzień i data*]

[*Własnoręczny podpis*]

[*Imię i nazwisko*]

Wyrażamy zgodę na przyjęcie do Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej – Stowarzyszenia.\*

Wzywamy do uzupełnienia zgłoszenia przez kandydata na członka Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej – Stowarzyszenia poprzez złożenie informacji o [*podać brakującą informację w zgłoszeniu*].\*

Nie wyrażamy zgody na przyjęcie do Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej – Stowarzyszenia, z uwagi na:

a) brak spełnienia przesłanek członkostwa przewidzianych Statutem Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej – Stowarzyszenia z dnia 9 lutego 2017 r.;

b) braku złożenia przez kandydata na członka uzupełnienia zgłoszenia, pomimo uprzedniego wezwania.\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*Imię i nazwisko*]  [*Tytuł*] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*Imię i nazwisko*]  [*Tytuł*] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*Imię i nazwisko*]  [*Tytuł*] |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*Imię i nazwisko*]  [*Tytuł*] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*Imię i nazwisko*]  [*Tytuł*] |