**PRISTUPNICA ZA ČLANSTVO U UDRUŽENJU DISTROFIČARA BUŽIM**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime |  |
| JMBG |  |
| Adresa |  |
| Vrsta i stepen invaliditeta |  |
| Kontakt telefon |  |
| E-mail |  |

Ovim putem izjavljujem da pristupam Udruženju distrofičara Bužim i obavezujem se da ću djelovati u skladu sa ciljevima i aktivnostima udruženja definiranim Statutom udruženja, te sam saglasan da ću plaćati godišnju članarinu u iznosu od 12. KM.

Mjesto i datum: Potpis:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Uz pristupnicu potrebno dostaviti dokaz o invalidnosti i kopiju lične karte.

Popunjenu pristupnicu sa prilozima potrebno poslati na E-mail udruženja: info@udbuzim.ba,

ili poštom na adresu: Udruženje distrofičara Bužim, ul. Mrazovac 91., 77245 Bužim.