



Asociația SMACARE

Str. Intrarea Dridu, nr. 7, sect. 1, București, România
Tel: 0724 726 803; Email: dumitruclaudiamihaela@yahoo.com
CIF: 29396583; Nr. înreg. Registru special: 153/15.11.2011
IBAN: RO84WBAN2511000019500047
Intesa Sanpaolo Bank Agentia Art Business Center (Nicolae Caramfil) Bucuresti

Nr. /

CERERE DE ADEZIUNE

Către: **Consiliul Director al Asociației SMACARE**

Subsemnatul(a)....., cetățean.....,
născut(ă) la data de, domiciliat(ă) în,
str....., nr....., bloc....., scara.....,
etajul....., apart....., județ/sector....., cod poștal,
posesor al BI / CI seria....., nr....., eliberat de,
la data de....., CNP.....,
telefon fix....., telefon mobil....., e-mail.....

Vă rog să îmi aprobați cererea de înscriere în Asociația SMACARE

- Ca membru de drept, diagnosticat cu
(diagnosticul de pe certificatul medical atașat)
 în calitate de parinte/tutorele/reprezentant al minorului.....
diagnosticat cu

DECLARAȚIE

Declar pe proprie răspundere că am luat la cunoștință de prevederile Statutului Asociației SMACARE și sunt de acord cu acestea, inclusiv cu plata taxei de înscriere și a cotizației lunare.

*Precizez că adresa de corespondență este în prezent: Localitatea.....,
str....., nr....., bloc....., sc....., etaj.....,
apart....., jud./sect., cod poștal....., telefon.....

Voi anunța la timp orice modificare intervenită în legătură cu adresa de contact și numărul de telefon.

Menționez ca anexez la această cerere:

- copie de pe actul de identitate;
 acte medicale doveditoare ale diagnosticului meu/al minorului pe care il reprezint;
 dovada achitării taxei de înscriere și a cotizației pe 3 luni

Data,
.....

Semnătura solicitantului,
.....

Aprobat,
Președinte Claudia Mihaela Dumitru

* Se completează doar dacă adresa de corespondență nu corespunde cu adresa de domiciliu

A. Informații suplimentare

(se completează, după caz, pentru persoana care semnează cererea de adeziune, sau pentru minorul pe care îl reprezintă)

1. Vârsta:

2. Data diagnosticării bolii.....

3. Numele medicului neurolog și a instituției medicale unde este în evidență:.....

4. Starea bolii:.....

5. Existența certificatului de persoană cu handicap:

Da, grad:..... Nu

6. Studii:

8 clase liceu facultate. Tipul de facultate:

Studii complementare:.....

7. Starea profesională:

angajat elev student pensionar tip..... beneficiar ajutor social

B. Informații opționale (pun la dispoziția Asociației aceste informații cu scopul de a fi contactat și cooptat în anumite activități în care eu îmi pot aduce contribuția la împlinirea obiectivelor Asociației)

1. Ocupația.....

2. Locul de muncă.....

3. Starea civilă.....

4. Limba maternă.....

Limbi străine cunoscute (notați “începător”, “mediu”, “avansat”)

5. Nivelul de cunoștiinte operare PC:

deloc mediu ma descurc bun foarte bun

6. Grad de mobilitate fizică:

imobilizat în pat ma deplasez numai cu ajutorul altei persoane oscilant

nu am probleme

7. Caracteristici personale:

8. Necesități prioritare:

9. Hobby-uri.....

10. În ce fel de activități v-ar plăcea să vă implicați/să fie implicat miorul pe care îl reprezentați?

11. Diverse