**DEKLARACJA CZŁONKOWSKA nr ....**

Ja, niżej podpisany proszę o przyjęcie mnie w poczet członków STOWARZYSZENIA ABSOLWENTÓW I SYMPATYKÓW II LICEUM „MORZYSŁAW”. Oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, cele i zadania Stowarzyszenia.

1. Nazwisko i imiona: .......................................................................................................................
2. Nazwisko panieńskie.........................................................................................
3. Data i miejsce urodzenia...................................................................................
4. Adres do korespondencji ...................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................

1. Telefon........................................................................
2. E-mail ...........................................................................
3. Rok ukończenia Liceum, indeks klasy, profil, nazwisko Wychowawcy klasy ..........

............................................................................................................................

............................................................................................................................

1. Wykształcenie (nazwa ukończonej szkoły wyższej, rok, uzyskany tytuł) ........................................................................................................................................................................................................................................................
2. Miejsce pracy, stanowisko.................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych tylko i wyłącznie do realizacji celów statutowych Stowarzyszenia.

1. Data i podpis kandydata:..................................................................................

Data wpisania do ewidencji Członków:....................................................................

Kontakt: II LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE IM. K. K. BACZYŃSKIEGO w Koninie,

ul. 11 Listopada 7a,

tel. 63 242-52-65, fax: 63 242-63-89

e-mail: 2lokonin@gmail.com http://www.drugieliceum.lm.pl