**P R I H L Á Š K A**

**za riadneho člena Asociácie na ochranu práv pacientov SR**

Názov občianskeho združenia:

Skratka:

Názov občianskeho združenia v angličtine:

Sídlo:

IČO:

Telefón:

E-mail:

Webová stránka:

FB, iné sociálne siete:

Číslo a dátum prvej registrácie:

Číslo aktuálnej registrácie:

Dátum vzniku:

Počet členov:

Poslanie občianskeho združenia:

Ciele občianskeho združenia:

Hlavné aktivity OZ (vymenujte najviac tri):

Meno predsedu/predsedníčky, email, telefón:

Predsedníctvo/riadiaci orgán občianskeho združenia:

Meno, priezvisko, pozícia, email, telefón:

Meno, priezvisko, pozícia, email, telefón:

Meno, priezvisko, pozícia, email, telefón:

Meno, priezvisko, pozícia, email, telefón:

Meno, priezvisko, pozícia, email, telefón:

Meno, priezvisko, pozícia, email, telefón:

Meno, priezvisko, pozícia, email, telefón:

Meno, priezvisko, pozícia, email, telefón:

Meno, priezvisko, pozícia, email, telefón:

Meno, priezvisko, pozícia, email, telefón:

Zástupca občianskeho združenia v orgánoch AOPP:

Vlastný časopis OZ:

Vaše očakávania od členstva v AOPP:

Počet partnerov (= finančných podporovateľov) OZ – vyberte z možností:

0-1

2-5

Viac ako 5

Nepovinné:

Ste členom medzinárodných organizácií? Ak áno, vymenujte

Týmto vyjadrujeme svoj záujem stať sa riadnym členom Asociácie na ochranu práv pacientov SR a svoj súhlas s poslaním a cieľmi AOPP. (Aktuálne znenie stanov AOPP na: <http://aopp.sk/storage/app/media/stanovy/stanovy-aopp-uplne-platne-znenie.pdf> )

V ........................ dňa ................. Podpis štatutárneho zástupcu:

**Prílohy:**

1. Stanovy občianskeho združenia (kópia)