

Biedrības “Laimas slimības slimnieku biedrība”

valdei

\_\_\_\_\_ (vārds, uzvārds)

\_\_\_\_\_ (personas kods)

\_\_\_\_\_ (adrese)

\_\_\_\_\_ (tālrunis)

\_\_\_\_\_ (e-pasta adrese)

### IESNIEGUMS

Lūdzu uzņemt mani par Biedrības “Laimas slimības slimnieku biedrības” biedru.  
20\_\_ .gada \_\_\_\_\_

Lūdzu atzīmēt!

Ar šo es piekrītu, ka biedrība “Laimas slimības slimnieku biedrība” apstrādā manus personas datus (vārds, uzvārds, personas kods, adrese, tālrunis, e-pasta adrese) ar mērķi nodrošināt saziņu ar mani un uzturētu biedru reģistru.

\_\_\_\_\_

(paraksts)