**Wniosek o członkostwo w Radzie Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta**

|  |
| --- |
| DANE ORGANIZACJI |
| Nazwa  |  |
| Adres, telefon |  |
| Adres e-mail[[1]](#footnote-1) |  |
| Forma prawna działalności |  |
| Numer właściwego rejestru |  |
| DANE OSOBY REPREZENTUJĄCEJ ORGANIZACJĘ |
| Imię i nazwisko |  |
| stanowisko |  |
| telefon |  |
| Adres e-mail[[2]](#footnote-2) |  |
|  |
| Jeżeli powyższa osoba nie jest osobą upoważnioną do reprezentacji podmiotu, prosimy o załączenie do wniosku skanu upoważnienia dla tej osoby, podpisanego zgodnie z zasadami reprezentacji. |
| Opis działalności organizacji………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

Miejscowość i data Podpis osoby reprezentującej organizację

1. do prac Rady w trybie obiegowym [↑](#footnote-ref-1)
2. do prac Rady w trybie obiegowym [↑](#footnote-ref-2)