**Deklaracja Członkostwa   
w Stowarzyszeniu Absolwentów i Przyjaciół Wydziału Prawa i Administracji   
Uniwersytetu Łódzkiego**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Miejsce zamieszkania |  |
| Adres email |  |
| Telefon kontaktowy |  |

Niniejszym oświadczam, że przystępuję do Stowarzyszenia Absolwentów i Przyjaciół Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Statutu Stowarzyszenia i zobowiązuję się do przestrzegania zawartych w nim praw i obowiązków.

Ponadto deklaruję płacić ustaloną składkę członkowską.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis