

## Wniosek kandydata

o przyjęcie w poczet członków Suwalskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej

|   |  |   |
|---|--|---|
| 1 | Imię (imiona) i nazwisko Kandydata + nr PESEL                                  |   |
| 2 | Miejsce zamieszkania Kandydata   |   |
| 3 | Adres do korespondencji, telefon domowy, służbowy, komórkowy                   |   |
| 4 | Wykształcenie i zawód  |   |
| 5 | Miejsce pracy lub wykonywanej działalności                                     |   |
| 6 | Doświadczenie w pracy społecznej (np. członkostwo w organizacjach społecznych) |   |
| 7 | Motywy kandydata   |   |
| 8 | Rekomendacja członka Suwalskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej             | Rekomenduję składającego wniosek Kandydata na członka Suwalskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej<br><br>.....<br>czytelny podpis członka |
| 9 | Rekomendacja członka Suwalskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej             | Rekomenduję składającego wniosek Kandydata na członka Suwalskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej<br><br>.....<br>czytelny podpis członka |

\*punkty tabeli od 1 do 7 wypełnia kandydat na członka, punkty 8 i 9 wypełniają członkowie stowarzyszenia rekomendujący przyjęcie kandydata w poczet członków Stowarzyszenia.

Dnia .....

.....  
czytelny podpis składającego wniosek

wpłynęło dnia: .....