**PRISTOPNA IZJAVA ZA ČLANSTVO V MREŽI ORGANIZACIJ, KI DELUJEJO NA PODROČJU REVŠČINE IN SOCIALNE IZKLJUČENOSTI – EAPN SLOVENIJA**

Polno ime organizacije:

Ulica:

Poštna številka:

Pošta:

Telefon:

Spletna stran:

Davčna številka:

Kontaktna oseba:

Elektronski naslov kontaktne osebe:

S to izjavo potrjujemo, da želimo postati članica EAPN Slovenija. EAPN Slovenija dovoljujemo obdelavo podatkov iz te pristopne izjave za potrebe vodenja evidence članic.

Datum: Podpis odgovorne osebe:

Žig:

Priloge:

* Ustanovni akt oz. statut
* Priporočili za članstvi vsaj dveh obstoječih članic EAPN Slovenija