



Příhláška za člena
Asociace poraden pro osoby se zdravotním postižením ČR

Informace o organizaci	
Název organizace	
Sídlo	Zkratka
Kontaktní adresa	Vznik
Právní forma	Registrace u MV
IČ	Počet fyzických členů
Statutární zástupce organizace	
Jméno, příjmení, titul	
Adresa	E-mail
Telefon	Mobil

Níže podepsaný statutární zástupce organizace stvrzuje svým podpisem, že:

- organizace se předem seznámila se stanovami APZP,
- text přihlášky schválil příslušný orgán organizace,
- organizace se zavazuje plnit povinnosti vyplývající z členství tj. včetně placení ročních členských příspěvků,
- prohlašuje, že občané se zdravotním postižením nebo jejich zákonní zástupci tvoří v organizaci nadpoloviční většinu individuálních členů.

Datum

Podpis