**WNIOSEK**

O PRZYJĘCIE DO POLSKIEJ KOALICJI MEDYCYNY PERSONALIZOWANEJ - STOWARZYSZENIA

**CZŁONEK WSPIERAJĄCY (OSOBA PRAWNA LUB JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA NIEPOSIADAJĄCA OSOBOWOŚCI PRAWNEJ)**

Ja, niżej podpisany/podpisana\*………………………………………………………………………………………………………………..…

 [*Imię i Nazwisko*]

zamieszkały/zamieszkała\* w…………………………………………………………………………………………………………

 [*Pełny adres*]

posiadający/posiadająca\* adres poczty elektronicznej……………………………………………………………….

 [*adres poczty elektronicznej*]

działając jako…………………………………………………………………………………………………………………………………. [*tytuł*][*nazwa podmiotu*]

 z siedzibą w……………………………………………………………………………………………………………………………………

 [*określenie siedziby*]

uprawniony/uprawniona\* do samodzielnej reprezentacji…………………………………………………………….

 [*nazwa podmiotu*]

wnoszę o przyjęcie……………………………………………………………………………………………………………………………

 [*nazwa* podmiotu]

do Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej – Stowarzyszenia.

Niniejszym oświadczam, że ………………………………………………………………………………………………………..

 [*nazwa podmiotu*]

spełnia kryteria członkostwa określone w statucie Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej – Stowarzyszenia z dnia 9 lutego 2017 r., tj. jest osobą prawną lub jednostką organizacyjną niebędącą osobą prawną, która posiada zdolność prawną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Ponadto oświadcza, że………………………………………………………………………………………………………………

 [*nazwa podmiotu*]

zobowiązuje się przestrzegać postanowień powyższego statutu, a także wszelkich wprowadzonych do niego zmian.

[*Dzień i data*]

[*Własnoręczny podpis*]

[*Imię i nazwisko*]

Wyrażamy zgodę na przyjęcie do Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej – Stowarzyszenia.\*

Wzywamy do uzupełnienia zgłoszenia przez kandydata na członka Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej – Stowarzyszenia poprzez złożenie informacji o [*podać brakującą informację w zgłoszeniu*].\*

Nie wyrażamy zgody na przyjęcie do Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej – Stowarzyszenia, z uwagi na:

a) brak spełnienia przesłanek członkostwa przewidzianych Statutem Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej – Stowarzyszenia z dnia 9 lutego 2017 r.;

b) braku złożenia przez kandydata na członka uzupełnienia zgłoszenia, pomimo uprzedniego wezwania.\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[*Imię i nazwisko*][*Tytuł*] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[*Imię i nazwisko*][*Tytuł*] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[*Imię i nazwisko*][*Tytuł*] |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[*Imię i nazwisko*][*Tytuł*] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[*Imię i nazwisko*][*Tytuł*] |