



## APLIKACJA CZŁONKOWSKA

Imiona i Nazwisko  
(lub Nazwisko Rodziny) .....

Miejsce zamieszkania .....

Numer Telefonu .....

Po zapoznaniu się ze Statutem East Bay Polish-American Association wyrażam chęć pozostania jej członkiem i przyjmuję na siebie wszystkie wyniki z tego prawa i obowiązki.

Chciałbym uzyskać członkostwo:

• **Głosujące**

*Indywidualne* - \$30.00

*Rodzinne* - \$40.00

*Zbiorowe* - \$100.00 (od każdego członka głosującego, max. 2 członków)

• **Wspierające**

Z sumą \$..... *wpłacanych*

Wyrażam również chęć pomocy w działaniach stowarzyszenia w następujących sprawach:

.....

.....

.....

Data

.....

Podpis

Decyzją Rady Dyrektorów East Bay Polish-American Association z dnia.....

Przyjęty w poczet członków.....

.....

Przewodniczący EBPA

.....

Sekretarz EBPA