



POLSKIE TOWARZYSTWO DYSLEKSJI

Oddział w Łodzi

90-007 Łódź Plac Komuny Paryskiej 6 tel. /042/ 639 92 85

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

.....
Imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

.....
e-mail

.....
miejsce pracy / adres

Proszę o przyjęcie mnie do Polskiego Towarzystwa Dysleksji, ponieważ chcę nieść pomoc dzieciom z trudnościami w uczeniu się.

Deklaruję opłacanie składek członkowskich.

.....
data

.....
podpis