

## FORMULARZ CZŁONKOWSKI

Imię : \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

Instytucja: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_

Region: \_\_\_\_\_

Kod Pocztowy: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ kom. \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Członek indywidualny (12 zł)

Członek instytucjonalny (240 zł)

Płatność na konto bankowe: „Prodiatera” Unia na Rzecz Profilaktyki, Diagnostyki i Terapii Raka Piersi  
PKO BP S.A, Oddział VII, Powstańców Śląskich 1, 01-381 Warszawa  
Nr. Rachunku: 69 10201185 0000 4502 0096 0153

Potwierdzenie wpłaty na konto wraz z wypełnionym formularzem, proszę przesłać na adres w Warszawie  
(02-759 Warszawa, ul. Warneńska 4/73)