

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)