**PRISTUPNICA**

**ZA ČLANSTVO U DMD SRBIJA**

**Podaci o pristupaocu**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime  |  |
| Mesto prebivališta |  | Poštanski broj |  |
| Ulica |  | Kućni broj |  |
| Telefon/fax |  | Mobilni telefon |  |
| e-mail |  |

* **Izjavljujem da sam upoznat/a sa odredbama Statuta DMD Srbija i da ih prihvatam u celosti.**
* **Potvrđujem da želim aktivno da učestvujem u ostvarivanju ciljeva DMD Srbija**

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Svojeručni potpis