Asociace klinických logopedů České republiky, z.s.,

Rumunská 1 Praha 120 00

OZNÁMENÍ O NÁROKU NA PLATBU SNÍŽENÉHO ČLENSKÉHO PŘÍSPĚVKU AKL ČR, z.s.

Já, (jméno a příjmení) ………….….........................................................................................................

dat. nar. ............................................................. ID ……………

uplatňuji svůj nárok vyplývající ze Stanov AKL ČR z.s., platit snížený členský příspěvek, splatný k 28.2.

každého kalendářního roku, z důvodu ukončení klinické činnosti a odchodu do starobního důchodu

k datu ………………………... Současně prohlašuji, že nemám žádné finanční příjmy související s oborem

činnosti klinické logopedie.

Stávající formulář se týká platby členského příspěvku v roce : 2014 - 2015 - 2016

*(vyberte pouze jednu možnost, nehodící se roky škrtněte a pro každý rok zašlete samostatný formulář, protože bude sloužit jako součást podkladů k vyučtování každého roku zvlášť).*

V …………………………………................ dne ............

 podpis : …………….............................................................................