**Právnická osoba –**

**Zájem o členství v Platformě pro transformaci péče o duševní zdraví, z.s.**

Název - právnická osoba:

Jméno statutárního zástupce, který formulář vyplňuje (případně pověřený zástupce):

Telefon:

E-mailová adresa na statutární orgán či zástupce organizace:

Souhlasím se zpracováním osobních údajů. S osobními údaji bude nakládáno v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.

Ano / Ne

Jsou mi známy Stanovy Platformy, včetně podmínek členství. Souhlasím s nimi a budu je dodržovat. Stanovy lze nalézt na <https://drive.google.com/file/d/1Z1kLSNCww2WLmRDhE7D47TpC55PNHKWK/view?usp=sharing>

Souhlasím / Nesouhlasím

Je mi známa Deklarace Platformy a souhlasím s jejím obsahem a budu se těchto principů držet při vystupování v rámci Platformy. Deklaraci naleznete na <https://drive.google.com/file/d/1J-4Z6WS2bApdCKjpirNoh_TN38Q7_tdi/view?usp=sharing>

Souhlasím / Nesouhlasím

Dne.....................

Proč se chce vaše organizace stát členem Platformy? Jaké důvody Vás vedou k členství v Platformě?

Od členství v Platformě očekávám:

**Členský poplatek**

Řoční členský poplatek činní 200 Kč pro fyzickou osobu a 1000 Kč pro právnickou osobu. Poplatek je hrazen po přijetí za člena Platformy.

Děkujeme za vyplnění formuláře. Na základě této přihlášky Vás budeme kontaktovat s výzvou k dalším krokům. Oficiální přihlášku je třeba vyplnit osobně. Na základě vyplnění tohoto formuláře nevzniká nárok na členství.