

**SKLAD SILVA -
Društvo za kakovostno življenje
ljudi s posebnimi potrebami
Fijeroga 10
6274 ŠMARJE**

P R I S T O P N A I Z J A V A

Podpisan/a _____

Stalno bivališče _____

Kraj in datum rojstva _____

Telefon _____

Izjavljam, da želim postati član/ica invalidske organizacije

**SKLAD SILVA – Društva za kakovostno življenje ljudi s
posebnimi potrebami, Fijeroga 10**

- **Invalid**
- **Zakoniti zastopnik / skrbnik**
- **Drugo**

Podpis: _____

Kraj in datum _____

**Naslov skrbnika/
Zastopnika** _____