

ΚΙΝΗΣΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ AIDS AIDS SOLIDARITY MOVEMENT

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΛΟΥΣ / MEMBER APPLICATION

Προσωπικά Επικοινωνίας (Personal Info):

Όνομα (Name) : _____

Επώνυμο (Surname): _____

Ημερομηνία Γέννησης (Date of Birth): ____ / ____ / ____ (DD/MM/YYYY)

Επιλογή Αρχείου Ταυτοποίησης (Choice of Identity Document):

Ταυτότητα (National ID) : # _____

Διαβατήριο (Passport) : # _____

Στοιχεία Επικοινωνίας (Contact Info):

Διεύθυνση (Address): _____

Τηλέφωνο (Telephone): # _____

E-mail: _____

Θα ήθελα (I would like to):

να εγγραφώ ως μέλος (register as a Member).

να εγγραφώ ως εθελοντής (register as a Volunteer):

Εξωτερικές Δράσεις (Outreach Activities)

Γραφειακές Εργασίες (Back Office Activities)

Καλλιτεχνικές Δράσεις (Creative Activities)

Άλλο (Other): _____

να λαμβάνω νέα μέσω email (receive news & updates via email).

να λαμβάνω νέα μέσω τηλεφώνου (receive news & updates via sms).

Δηλώνω υπεύθυνα ότι υποστηρίζω τους σκοπούς της Κίνησης Συμπάρστασης για το AIDS
(I declare that I support the goals and objectives of the AIDS Solidarity Movement)

Όνομα (Ad/Name)

Υπογραφή (Signature)

ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ (FOR INTERNAL USE ONLY)

Registration Fee of €5 paid for the year _____ - Receipt Number: _____