

## PRISTOPNA IZJAVA

Spodaj podpisani/-a izjavljam, da želim postati član/- ica Muzejskega društva Ribnica.  
Seznanjen/- a sem s Statutom društva.

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

E-naslov: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Soglašam, da Muzejsko društvo Ribnica hrani in obdeluje moje podatke (DA/NE): \_\_\_\_\_

Vaše želje in predlogi? Katero področje vas še posebej zanima?

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_