

Območno združenje veteranov vojne za Slovenijo Škofljica



OZVVS ŠKOFLJICA

Šmarska cesta 3

1291 Škofljica

Datum:

(ime in priimek)

(naslov stalnega prebivališča)

(poštna številka in kraj)

IZJAVA

Spodaj podpisani _____, roj. _____,
s stalnim prebivališčem _____,
št. izkaznice vojnega veterana _____

IZJAVLJAM, da želim biti član OZVVS Škofljica in sprejemam pravila in akte društva.

Podpis člana: