**Magyar Vakok és Gyengénlátók**

**Bács-Kiskun Megyei Egyesülete**

**Society of the Hungarian Blind and Partially**

**Sighted in Bács-Kiskun County**

6000 Kecskemét, Katona József tér 8.

Tel./ Fax: 76/320-708

**Pályázati adatlap**

**a 2024. évi Tanulmányi támogatáshoz**

Név: ...............................................................

Törzsszám: ………………

Születési hely, idő: …………………….

Lakcím: ..................................................................................

…...........................................................................................

Telefon és/vagy email: ..........................................................

Bankszámlaszám: ……………………………………………. (saját névre szóló)

Iskola és a szakirányultság neve, ahol a tanulmányokat folytatja: …...........................................................................................

Évfolyama: ..............................................................................

Az iskola befejezésének várható ideje: ..................................

Kérelem rövid indoklása: ......................................................................................................................…............................................................................................................................................................

A 2024.évi tagdíj befizetésének dátuma: ……………………….

Alulírott nyilatkozom, hogy nyertes pályázatom esetén hozzájárulok, hogy nevem, lakhelyem (csak település) felkerüljön az egyesület honlapjára.

Pályázó aláírásával vállalja, hogy a pályázati kiírást elolvasta, tudomásul vette, rendelkezéseit magára vonatkozóban elfogadja.

Kelt: ……………………..

 …………….……………………

 Pályázó (vagy törvényes képviselő)

 aláírása