



Member Application Form

☐ Donor ☐ Advisor

**Take Care
Foundation**

Together We Live Better
Through Education, Food and Health

Thank you for your interest in becoming a Donor or Advisor for the **Take Care Foundation**. Your support helps us continue our mission to uplift communities and bring positive change to people in need. We truly appreciate your willingness to join us as a valued member.

Member's Information

Name: ----- Mobile Number: -----

Email: ----- NID/Birth Certificate: -----

Address: ----- Date of Birth: -----/-----/-----

Member's Donation Preferences

- ☐ Monthly Donation
- ☐ One-time Donation
- ☐ Annual Donation
- ☐ In-kind Contribution
- ☐ Other (please specify): -----

Member's Undertaking

I agree to become a Donor/Advisor member of the **Take Care Foundation**. I understand that my involvement is voluntary and aimed at supporting the organization's mission. I agree to follow organizational guidelines, maintain confidentiality where required, and act responsibly in all my engagements. I understand that either I or the organization may discontinue this membership arrangement at any time if necessary.

Member's Signature: ----- Date: -----/-----/-----

Take Care Foundation Representative

Name & Signature: ----- Date: -----/-----/-----

Office Address: 584 Dholaitoli, Janata Bazar, Post Office: Master Bazar, Police Station: Matlab South
District: Chandpur, Bangladesh, Contact: 01755-522047, 01838-481786



সদস্য আবেদন পত্র

☐ দাতা ☐ উপদেষ্টা

**Take Care
Foundation**

Together We Live Better
Through Education, Food and Health

Take Care Foundation-এর দাতা/উপদেষ্টা হতে আগ্রহ দেখানোর জন্য ধন্যবাদ। আপনার সহায়তা আমাদের সম্প্রদায়কে উন্নীত করতে এবং প্রয়োজনীয় ব্যক্তিদের জীবনে ইতিবাচক পরিবর্তন আনতে, সংস্থার উদ্দেশ্য সফলভাবে এগিয়ে নিতে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করবে। আমরা সত্যিই কৃতজ্ঞ যে আপনি আমাদের একজন মূল্যবান সদস্য হিসেবে যোগ দিতে ইচ্ছুক।

সদস্যের তথ্য

নাম: _____ মোবাইল নম্বর: _____

ইমেইল: _____ NID/ জন্ম সনদ: _____

ঠিকানা: _____ জন্ম তারিখ: ____/____/____

সদস্যের অনুদানের ধরণ

- ☐ মাসিক অনুদান
- ☐ এককালীন অনুদান
- ☐ বার্ষিক অনুদান
- ☐ জিনিসপত্রের মাধ্যমে অনুদান
- ☐ অন্যান্য (দয়া করে উল্লেখ করুন): _____

সদস্যের অঙ্গীকার

আমি **Take Care Foundation**-এর দাতা/উপদেষ্টা সদস্য হতে রাজি। আমি স্বীকার করি যে আমার অংশগ্রহণ সম্পূর্ণ স্বেচ্ছাসেবী এবং সংস্থার লক্ষ্য ও উদ্দেশ্য সমর্থনে হবে। আমি সংস্থার নিয়ম ও নির্দেশিকা অনুসরণ করতে, প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রে গোপনীয়তা রক্ষা করতে এবং আমার সমস্ত কার্যক্রমে দায়িত্বশীলভাবে আচরণ করতে সম্মত। আমি বুঝতে পারি যে প্রয়োজনে আমি অথবা সংস্থা যে কোনও সময় এই সদস্যপদ বাতিল করতে পারি।

সদস্যের স্বাক্ষর: _____ তারিখ: ____/____/____

Take Care Foundation-এর প্রতিনিধি

নাম ও স্বাক্ষর: _____ তারিখ: ____/____/____