



## Přihláška do Sdružení pacientů se vzácnými nefrologickými a hematologickými onemocněními

Já níže podepsaný,

Jméno \_\_\_\_\_

Příjmení \_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

se tímto přihlašuji k členství ve Sdružení pacientů se vzácnými nefrologickými a hematologickými onemocněními a souhlasím s jeho cíli uvedenými ve stanovách.

Udělují tímto souhlas, aby po dobu mého členství Sdružení pacientů se vzácnými nefrologickými a hematologickými onemocněními používalo v souladu s platnými předpisy a zákony mnou uvedené údaje pouze pro účely související s jeho činností.

V \_\_\_\_\_

dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis

Pokud dojde ke změnám v uvedených údajích, prosíme, informujte nás o nich.