

Klub stomiků H.B. ILCO,z.s.

Č l e n s k á p ř i h l á š k a

Jméno, příjmení, titul:.....

Datum narození:..... telefon :.....

Stav:..... Státní příslušnost:.....

Číslo OP:..... E-mail:.....

Adresa bydliště:..... PSČ:.....

Zaměstnavatel:.....

Vzdělání:..... Povolání:.....

Druh důchodu (invalidní plný, částečný, starobní):.....

Druh stomie (kolostomie, ileostomie, urostomie):.....

Datum a místo operace:.....

Obvodní zdrav. středisko, které navštěvujete:.....

Uveďte event. i další zdravotní postižení kromě stomie:.....

Zájmy:.....

V jaké oblasti byste chtěl(a) případně pracovat – pomoci při chodu Spolku?

.....

Zavazuji se, že budu plnit povinnosti vyplývající ze Stanov Spolku.

Místo a datum přihlášky:

Vlastnoruční podpis:

.....

.....

Poznámka: osobní informace jsou přísně důvěrné a v žádném případě nedojde k jejich zneužití.

Kontaktní adresa Klub stomiků H.B. ILCO,z.s ,Kyjovská 1699 Havlíčkův Brod 58001

Kontaktní osoba
Hana Brabcová

tel. 739582808