

## PŘIHLÁŠKA DO SDRUŽENÍ

Já, níže podepsaná/ý

- 1) Titul \_\_\_\_\_
- Jméno a příjmení \_\_\_\_\_
- Datum narození \_\_\_\_\_
- Adresa (vč. PSČ) \_\_\_\_\_
- 2) Pacient \_\_\_\_\_
- Rodinný příslušník \_\_\_\_\_
- Jiný vztah \_\_\_\_\_
- 3) E-mailové spojení \_\_\_\_\_
- Telefonické spojení \_\_\_\_\_

(údaje ad. 1 a 2 shora jsou údaji povinnými, údaje ad 3 shora jsou údaji dobrovolnými)

se tímto přihlašuji k členství do Sdružení DIAGNÓZA CML, IČ: 27021211, registrovaného Ministerstvem vnitra ČR dne 9. 2. 2006, se sídlem na adrese Ústav hematologie a krevní transfúze, Praha 2, U nemocnice 1, PSČ 128 20.

Udělují tímto souhlas, aby po dobu mého členství používalo sdružení v souladu s platnými předpisy a zákony mnou uvedené údaje pouze pro účely související s činností sdružení.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ podpis

Potvrzení Vaší přihlášky obdržíte obratem.