

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA K ČLENSTVÍ

CiKáDa Asociace pacientů s onemocněním ledvin (CKD), z.s.



Já, níže podepsaná/ý

Jméno a příjmení: Dat. narození:

Adresa:

E-mail: Telefon:

se tímto přihlašuji k členství v CiKáDa Asociace pacientů s onemocněním ledvin (CKD), z.s. se sídlem Karlínské náměstí 59/12, 186 00 Praha 8, souhlasím s jejími cíli uvedenými ve stanovách a beru na vědomí roční členský poplatek ve výši 50 Kč.

Tímto uděluji souhlas, aby po dobu mého členství používala asociace v souladu s platnými předpisy a zákony mnou uvedené údaje pouze pro účely související s činností asociace.

V Dne Podpis

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

Vyplněnou přihlášku zašlete, prosím, na adresu:

CiKáDa Asociace pacientů s onemocněním ledvin (CKD), z.s., Ing. Jaroslav Andrle, Karlínské náměstí 59/12, 186 00 Praha 8.