

Přihláška člena

příjmení, jméno, titul

						/				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

rodné číslo

Vztah k narkolepsii: pacient rodič zákonný zástupce příbuzný příznivce
(možné zaškrtnout i více možností najednou např.: rodič a zároveň pacient)

jméno, příjmení dítěte

kontakty

adresa domů, PSČ, Město

telefon

mobil

emailová adresa

členské poplatky

Členský poplatek činí 100,- Kč na rok.

Platbu převodem prosíme, poukažte na bankovní účet vedený u Komerční banky, a.s., dle následujícího předpisu:

Číslo účtu: **43-5179030287 / 0100**

Variabilní symbol: rodné číslo

Sdělení pro příjemce: jméno

Členský poplatek je splatný každoročně do konce února.

Platba v hotovosti je možná v době konání některých setkání občanského sdružení.

Co očekáváte od členství ve sdružení?
 Co by podle Vás mělo sdružení členům nabídnout?

Co byste mohl/a či chtěl/a pro sdružení udělat?

Podpis člena (zákonného zástupce)

Datum

Byl/a jsem seznámen/a se stanovami spolku DIAGNÓZA NARKOLEPSIE a souhlasím s nimi.
 Souhlasím, že výše uvedené údaje mohou být použity k administrativním účelům v rámci sdružení.

Vyplněnou přihlášku zašlete na adresu sídla občanského sdružení.