

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



Členská přihláška

Jméno

Datum narození.....

Adresa.....

Vztah ke spolku – důvod členství

.....

- Jste (*vhodnou odpověď zakroužkujte*)

Zaměstnán/a nezaměstnán/a invalidní důchodce starobní důchodce

- Jak dlouho trpíte chronickým onemocněním ledvin (roky)?.....

- Jakou metodou jste léčen/a ? (*vhodnou odpověď zakroužkujte*)

žádnou hemodialýzou peritoneální dialýzou jsem transplantován/a

Členský poplatek zaplacen dne:

zproštěn/a úhrady členského příspěvku z důvodu:

Datum a podpis

.....

Tato přihláška může zastupovat více lidí či sympatizantů spolku, například členy Vaší rodiny, uveďte prosím tyto údaje u všech zájemců o členství