

PŘIHLÁŠKA za člena KLUBU BECHTĚREVIKŮ ČR z.s. * / AKTUALIZACE ÚDAJŮ *

Čl. číslo:..... Příjmení Jméno Titul

Datum narození: Profese

Adresa: ulice č.p.....č.orient. PSC

Obec Okres.....

Kraj Kontakty: email

Telefony

Zdravotní pojišťovna číslo: Diagnóza Morbus bechtěrev ano * - ne *

Diagnostikován/-a v roce Držitel průkazu: TP * ZTP * ZTP/P *

Pobírám důchod : ID-1st.* ID-2.st * ID-3.st* starobní * (* **Nehodící se škrtněte**)

V dne Podpis

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

Čitelně vyplněnou a podepsanou přihlášku naskenujte nebo alespoň ofoťte a pošlete na naši emailovou adresu: (klub-bechtereviku@klub-bechtereviku.cz)

Kdo nemá tuto možnost necht' přihlášku pošle obyčejnou poštou na adresu kanceláře Klubu bechtěreviků: Klub bechtěreviků, Karlínské nám 59/12, 186 00 Praha 8.

„Členství v KB ČR je určeno zejména všem zdravotně postiženým Bechtěrevovou chorobou a jejich rodinným příslušníkům.“ (Viz Stanovy Klubu bechtěreviků § 7.)