

pristupnica - OBITELJSKA

Udruga za skrb djece s posebnim zdravstvenim potrebama 3L

IME I PREZIME * NOSITELJA ČLANSTVA				
DATUM ROĐENJA *				
OIB *				
IME I PREZIME * DRUGIH ČLANOVA OBITELJI				
DATUM ROĐENJA *				
OIB *				
ULICA I BROJ				
POŠTANSKI BROJ I GRAD				
MOBITEL / TELEFON				
E – MAIL				
PROFIL / WEB SRANICA				
KATEGORIJA ČLANSTVA (<i>vidi Statut</i>)/ NAZIV PROJEKTA				
NAPOMENA / INTERES /SPOSOBNOST / ŽELJE....				
DIJAGNOZE				
POSEBNE ZDRAVSTVENE POTREBE / ŽELJE				

** obavezno popuniti*

Za maloljetne članove vašim potpisom dajete i vašu suglasnost za učlanjenje, upis u registar članova i preuzimanje odgovornosti za sva članska prava, obveze i odgovornosti.

DATUM : _____

POTPIS : _____