

pristupnica

Udruga za skrb djece s posebnim zdravstvenim potrebama 3L

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

** obavezno popuniti*

Za upis maloljetnih članova ispunite obiteljsku pristupnicu.

DATUM : _____

POTPIS : _____