

PŘIHLÁŠKA

ke členství v Sdružení celiaků ČR, z. s.



Jméno:			
Příjmení:			
Rodné číslo:			
ADRESA			
Ulice:			
Obec:		PSČ:	
Email:		Telefon	
Sdružení mohu nabídnout:			

Seznámil/a jsem se se Stanovami Sdružení celiaků ČR, z. s., s jejich obsahem souhlasím a žádám o přijetí. Souhlasím s tím, aby po dobu mého členství SCČR používalo v souladu s platnými předpisy a zákony mnou uvedené údaje pouze pro účely související s činností Sdružení.

V dne

.....

Podpis

Dále, prosím, uveďte základní údaje o Vašich blízkých, kteří musí dodržovat bezlepkovou dietu, nezapomeňte ani na sebe.

Jméno:		Příjmení:	
Diagnóza: (např. celiakie, alergie na lepek,...)		Od kdy:	
Rodné číslo:		Příbuzenský vztah:	
Jméno:		Příjmení:	
Diagnóza: (např. celiakie, alergie na lepek,...)		Od kdy:	
Rodné číslo:		Příbuzenský vztah:	
Jméno:		Příjmení:	
Diagnóza: (např. celiakie, alergie na lepek,...)		Od kdy:	
Rodné číslo:		Příbuzenský vztah:	