

# PRIHLÁŠKA

## za člena Slovenského hemofilického združenia

Priezvisko, meno, titul: .....

Adresa bydliska (ulica, PSČ, mesto): .....

.....

Dátum narodenia: .....

Rodné číslo: .....

Diagnóza (typ hemofilie) + stupeň: .....

Krvná skupina: .....

Číslo telefónu domov (resp. Mobil): .....

Číslo telefónu do zamestnania: .....

E-mail: .....

Skype: ..... ICQ: .....

Povolanie: .....

Zamestnávateľ: .....

Priezvisko, meno, titul (zákonného zástupcu u detí): .....

.....

Adresa bydliska (ulica, PSČ, mesto): .....

.....

Možnosť prispenia k činnosti združenia: .....

.....

Iné záznamy: .....

.....

Dňa: .....

.....  
podpis predsedu

.....  
podpis člena

Súhlasím so spracovávaním mojich osobných údajov pre potreby  
Slovenského hemofilického združenia.  
Osobné údaje chránené v zmysle zákona NR SR č. 428/2002 Z.z.

Po vyplnení zašlite poštou na adresu: Slovenské hemofilické združenie, Ing. Janovec, Palárikova 34, 052 01 Spišská Nová Ves