

Registrační lístek do RADY PACIENTŮ DEBRA ČR

- 1) členem RADY PACIENTŮ DEBRA ČR se může stát každý pacient s nemocí motýlích křídel bez omezení věku žijící v ČR. Dále zákonný zástupce pacienta do věku 18 let a osoba, která pečuje o pacienta nad 18 let věku
- 2) Členství je projednáváno a schvalováno výkonným výborem RADY PACIENTŮ na základě vyplněné přihlášky – registrace a její zaslání na předsedovi/kyni výkonného výboru RADY PACIENTŮ.
- 3) Práva a povinnosti členů RADY PACIENTŮ jsou ukotvena v ZAKLÁDACÍ LISTINĚ DEBRA ČR.

Údaje o pacientovi s EB

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Trvalé bydliště:.....

Občanství:.....

Jsem

Pacient s EB	Zákonný zástupce pacienta s EB do 18 let věku	Pečující osoba o pacienta nad 18 let věku
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(označte křížkem)

Údaje o zákonném zástupci či pečující osobě (V případě zákonných zástupců a pečujících osob vyplňte 1 registrační formulář dohromady, pokud se pacient zastupuje sám, nevyplňujte)

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Trvalé bydliště:.....

Občanství:.....

Kontaktní údaje

Telefon:

E-mail:

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a se Zakládací listinou DEBRA ČR a se všemi právy a povinnostmi členů RADY PACIENTŮ DEBRA ČR a účelem ústavu DEBRA ČR.

Tímto dávám souhlas a projevuji zájem stát se členem RADY PACIENTŮ DEBRA ČR a souhlasím s tím, že mi na výše uvedené adresy budou zasílány informace k činnosti DEBRA ČR, pozvánky na akce, setkávání aj. vše co vyplývá z činnosti DEBRA ČR. Potvrzení o členství zašle předseda výkonného výboru RADY PACIENTŮ do 14 dnů od obdržení této registrace,

Dne.....V:.....

.....
Podpis/y zájemců o členství v RP

.....
Podpis předsedy/kyně výkonného
výboru RP

