

PRISTOPNA IZJAVA

- Osnovni podatki:

Ime in priimek: _____ datum rojstva: _____

Naslov stalnega prebivališča (Ulica in hišna številka): _____

poštna številka: ____ kraj: _____ občina: _____

telefon: _____ gsm: _____ elektronski naslov: _____

- Status:

bolnik zakonski zastopnik bolnika družinski član ostalo _____
(starši otroka do 15 let)

- Diagnoza:

celiakija druge alergije _____

- Specialist, ki je postavil diagnozo:

dr. _____ ustanova _____

- V Društvu Celiac-Življenje brez glutena želim aktivno sodelovati:

Na katerem področju? _____

- Vaša pričakovanja ob vstopu v Društvo Celiac – Življenje brez glutena:

- Iznarina je 10 EUR.

S podpisom zagotavljam verodostojnost zgornjih podatkov in potrjujem, da sem seznanjen/-a s statutom društva, ki ga bom upošteval/-a pri delu v društvu.

Kraj in datum: _____

Podpis: _____