

Přihláška do Národního sdružení PKU a jiných DMP

Jméno a příjmení pacienta s DMP:.....

Datum narození :..... RČ:

Adresa :

Ulice:..... Č.domu:.....

Město/obec: PSČ:.....

Kontakty: mobil:.....

Telefon:

E-mail:.....

Diagnóza: Zdrav. pojišťovna

Ošetřující lékař:..... Pracoviště:

Zákonní zástupci u dětí do 18 let:

Matka: Otec:.....

Adresa: Adresa:.....

.....

Mobil:..... Mobil:.....

Telefon: Telefon:.....

E-mail:..... E-mail:.....

Sourozenci u dětí do 18 let:

Jméno a příjmení:: RČ:

Jméno a příjmení:: RČ:

Jméno a příjmení:: RČ:

Aktivita: (v čem můžete NS PKU pomoci)

Potvrzení:

Svým podpisem stvrzuji souhlas se zpracováním poskytnutých osobních údajů Národním sdružením PKU a jiných DMP, Ke Karlovu 2, 110 00 Praha 2, IČ:27030148 (dále jen NS PKU) za účelem zajištění chodu NS PKU a zabezpečování akcí NS PKU pořádaných, a to až do písemného odvolání tohoto souhlasu.

.....
Místo a datum

.....
Jméno a příjmení (hůlkově)

.....
Podpis