ATOS - Asociace pacientů s Touretteovým syndromem

TEL: 607 724 338
E-MAIL: info@atosaci.cz
WEB: www.atosaci.cz
FB: www.facebook.com/ATOS.z.s

PŘIHLÁŠKA ČLENA

vyplňujte čitelně, hůlkovým písmem!
* TS = Touretteův syndrom

Osobní údaje

Jméno: _____ **Příjmení:** _____ **Titul:** _____

Rodné číslo: ☐☐☐☐☐☐/☐☐☐☐ **Datum narození:** _____

Pohlaví: ☐ Muž ☐ Žena **Stav:** ☐ Svobodný/á ☐ Ženatý/Vdaná ☐ Rozvedený/á ☐ Ovdovělý/á

Vztah k TS*: ☐ Pacient ☐ Rodič ☐ Příbuzný ☐ Příznivce *(i více možností najednou např.: rodič a zároveň pacient)*

Povolání: ☐ Student ☐ Pracující ☐ Důchodce ☐ Invalidní Důchodce ☐ Nezaměstnaný

Nejvyšší ukončené vzdělání *(typ školy a zaměření)*: _____

Současné povolání / škola *(typ a zaměření)*: _____

Kontakt:

Adresa domů: _____ **PSČ:** ☐☐☐☐☐

Telefon: _____ **E-mail:** _____

WWW: _____ **Facebook:** _____

Vaše zájmy a koníčky:

Co očekáváte od členství ve sdružení? Co by podle Vás mělo sdružení svým členům nabídnout?

Co byste mohl/a či chtěl/a pro sdružení udělat sám/a?

Byl/a jsem seznámen/a se stanovami spolku ATOS, z.s. a zavazuji se jednat v souladu s nimi. Souhlasím, že výše uvedené údaje mohou být použity v rámci spolku, to znamená, že je poskytuji výboru spolku, popř. dalším členům spolku.

Datum: _____ **Podpis člena**: _____

Přihlášku zašlete na adresu ATOS z.s., Goetheho 15, Praha 6, 160 00 nebo pošlete naskenovanou na e-mail info@atosaci.cz