



## PŘIHLÁŠKA

Jméno a příjmení ..... Titul .....

Datum narození ..... Profese .....

Adresa bydliště ..... PSČ.....

Telefon..... E-mail.....

Rok onemocnění – operace..... Dg..... Zdravotní pojišťovna.....

Datum ..... Podpis .....

Členské příspěvky placeny od.....