

Česká asociace zdravotníků v revmatologii, z.s.

Členská přihláška – Evidenční list

1. **Příjmení, jméno, titul**
 2. **Datum narození**
 3. **Adresa** **PSČ:**
 4. **E-mail** **Telefon**
 5. **Profese**
-

Členský roční příspěvek 150,-Kč

zašlete na č.ú.: 1026670226/6100 , VS = datum narození (8 číslic bez teček: ddmrrrrr)

nebo poštovní poukázkou typu A na adresu:

CAZR – Česká asociace zdravotníků v revmatologii, Na Slupi 4, Praha 2, 128 50

zpráva pro příjemce - datum narození

P o d e p s a n o u přihlášku lze zaslat poštou:

CAZR - Česká asociace zdravotníků v revmatologii,

Na Slupi 4, Praha 2, 128 50

nebo naskenovanou elektronicky na adresu:

smucrova@revma.cz

CAZR – Česká asociace zdravotníků v revmatologii neposkytuje údaje svých členů třetím osobám.

Datum:

Podpis: