

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA DO KLUBU BECHTĚREVIKŮ * / AKTUALIZACE ÚDAJŮ *

Čl. číslo:..... Příjmení Jméno Titul

Datum narození: Profese

Adresa: ulice č.domu PSČ

Obec Okres

Kraj

Kontakty: telefon byt..... mobilní telefon

telefon zaměstnání e-mail

Zdravotní pojišťovna č..... Diagnóza Morbus bechtěrev ano * - ne *

Diagnostikován/-a v roce Držitel průkazu: TP * ZTP * ZTP/P *

Pobírám důchod : částečný invalidní* plný invalidní * starobní * (* *Nehodící se škrtněte*)

V dne Podpis

Udělují tímto Klubu bechtěreviků souhlas, aby po dobu mého členství v Klubu bechtěreviků, používal v souladu s platnými předpisy a zákony, mnou uvedené údaje pro účely související s činností Klubu bechtěreviků. Přihláška slouží i jako aktualizace Vašich údajů v případě změny bydliště apod. Přihlášku čitelně vyplňte, pošlete na adresu kanceláře Klubu bechtěreviků: **Klub bechtěreviků, Karlínské nám 12, 186 00 Praha 8.**