PRISTUPNICA ZA ČLANSTVO U UDRUŽENJU RODITELJA DJECE OBOLJELE OD MALIGNIH BOLESTI “ISKRA” BANJA LUKA

|  |  |
| --- | --- |
| IME I PREZIME |  |
| JMBG |  |
| ADRESA |  |
| KONTAKT TELEFON |  |
| MAIL ADRESA |  |
| ZANIMANJE |  |

* Popuniti samo u slučaju da je član roditelj oboljelog djeteta

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prezime i ime djeteta | Datum rođenja | Dijagnoza | Datum dijagnoze |
|  |  |  |  |

Ovim putem izjavljujem da pristupam Udruženju roditelja djece oboljele od malignih bolesti “Iskra” Banja Luka, te se obavezujem da ću djelovati u skladu sa ciljevima i aktivnostima definisanim Statutom Udruženja.

Mjesto i datum Potpis

­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podatke ćemo upotrijebiti isključivo za komunikaciju s vama.

Podaci neće biti javno dostupni.

Ispunjenu pristupnicu možete poslati na mail Udruženja ili poštom na adresu.