



Přihláška člena Unie pacientů ČR

(členství v Unii pacientů ČR je bezplatné)

POVINNÉ ÚDAJE PRO PŘÁVOPLATNÉ ČLENSTVÍ:

Jméno a příjmení (titul) _____

Adresa _____

Datum narození nebo rodné číslo _____

Chci být pravidelně informován ano ne

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím se svým členstvím v UP ČR v souladu s jejími stanovami. Prohlašuji, že souhlasím se shromažďováním, zpracováním a uchováním svých výše uvedených osobních údajů v souladu s požadavky zákona o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb., a to pro vnitřní potřeby UP ČR.

_____ podpis

NEPOVINNÉ ÚDAJE:

S jakou nemocí se potýkáte? _____

Jaké léky užíváte? _____

Která je Vaše zdravotní pojišťovna? _____

Vaše zaměstnání/povolání? _____

Váš e-mailová adresa? _____