ATOS - Asociace pacientů s Touretteovým syndromem

PŘEDSEDA: MUDr. Ondřej Fiala
TEL: 607 724 338
E-MAIL: atos@atos-os.cz
WEB: www.atos-os.cz

PŘIHLÁŠKA ČLENA

vyplňujte čitelně, hůlkovým písmem!
* TS = Touretteův syndrom

Osobní údaje

Jméno: _____ **Příjmení:** _____ **Titul:** _____

Rodné číslo: ☐☐☐☐☐☐/☐☐☐☐ **Datum narození:** _____

Pohlaví: ☐ Muž ☐ Žena **Stav:** ☐ Svobodný/á ☐ Ženatý/Vdaná ☐ Rozvedený/á ☐ Ovdovělý/á

Vztah k TS*: ☐ Pacient ☐ Rodič ☐ Příbuzný ☐ Příznivce *(i více možností najednou např.: rodič a zároveň pacient)*

Povolání: ☐ Student ☐ Pracující ☐ Důchodce ☐ Invalidní Důchodce ☐ Nezaměstnaný

Nejvyšší ukončené vzdělání *(typ školy a zaměření)*: _____

Současné povolání / škola *(typ a zaměření)*: _____

Kontakt domů

Adresa domů: _____ **PSČ:** ☐☐☐☐☐

Telefon domů: _____ **Mobil:** _____ **Fax:** _____

E-mail: _____ **ICQ:** _____ **WWW:** _____

Kontakt práce / škola

Adresa práce / škola: _____ **PSČ:** ☐☐☐☐☐

Telefon práce / škola: _____ **Fax:** _____

E-mail: _____ **WWW:** _____

Vaše zájmy a koníčky:

Co očekáváte od členství ve sdružení? Co by podle Vás mělo sdružení svým členům nabídnout?

Co byste mohl/a či chtěl/a pro sdružení udělat sám/a?

Byl/a jsem seznámen/a se stanovami občanského sdružení ATOS a zavazuji se jednat v souladu s nimi. Souhlasím, že výše uvedené údaje mohou být použity v rámci sdružení, to znamená, že je poskytuji výboru sdružení, odbornému konsiliu, popř. dalším členům sdružení.

Datum: _____ **Podpis člena** *(popř. jeho zákonného zástupce)*: _____

Přihlášku zašlete na adresu: Občanské sdružení ATOS, Goetheho 15, Praha 6, 160 00