

## Registrační formulář pro členy

### Občanského sdružení Imunodeficitních pacientů HAE/AAE

Jméno a příjmení:.....

Datum narození: .....

Pacient s HAE/AAE: ano – ne

Zákonný zástupce pacienta s HAE/AAE: ano – ne

Ostatní: ano - ne

#### Kontaktní údaje jednotlivce nebo rodiny:

Ulice:.....

Místo:.....

PSČ:.....

Telefon:.....

Mobil:.....

Email:.....

V.....dne.....

podpis

Já, výše podepsaný se tímto přihlašuji k členství Občanského sdružení Imunodeficitních pacientů HAE/AAE.

Udělují tímto souhlas, aby po dobu mého členství používalo sdružení v souladu s platnými předpisy a zákony mnou uvedené údaje pouze pro účely související s činností sdružení.