



## PŘIHLÁŠKA

**Jméno a příjmení .....** **Titul .....**

**Datum narození .....** **Profese .....**

**Adresa bydliště .....** **PSČ.....**

**Telefon.....** **E-mail.....**

**Rok onemocnění – operace.....** **Dg.....** **Zdravotní pojišťovna.....**

**Datum .....** **Podpis .....**

**Legitimace vystavena .....** **Členské příspěvky placeny.....**