

| | | |
|---|--|---|
| Adr.: Spolek psoriatiků a atopických ekzematiků - SPAE Budova Čes. pošty, Rybná 682/14 110 05 Praha 1 | PŘIHLÁŠKA do spolku Spolek psoriatiků a atopických ekzematiků Účet SPAE: 68137329/0800 | Členské číslo / datum vstupu |
| Tit./Jméno: | Datum narození: | |
| Příjmení: | Zaměstnání: | |
| Ulice, číslo: | E-mail: | |
| Obec: | | |
| PSČ: | Mobil/Tel.: | |
| Okres: | Důchod: starobní, invalidní, část. invalidní* | |
| psoriasis vulgaris* <input type="checkbox"/> | od roku věku | diabetes 1. typu* <input type="checkbox"/> ANO NE |
| psoriasis generalis* <input type="checkbox"/> | od roku věku | diabetes 2. typu* <input type="checkbox"/> od roku věku |
| psoriasis artropatika* <input type="checkbox"/> | od roku věku | vitiligo* <input type="checkbox"/> od roku věku |
| jiná forma psoriasis* <input type="checkbox"/> | od roku věku | jiná Dg.* od roku věku |
| atopický ekzém* <input type="checkbox"/> | od roku věku | Opakovaný zánět duhovky/rohovky* ANO NE |
| Uděluji tímto Spolku psoriatiků a atopických ekzematiků souhlas s používáním mnou uvedených údajů pro účely související s činností SPAE | | |
| v souladu s platnými zákonnými normami po dobu mého členství ve SPAE. | | |
| Souhlasím s případným zveřejněním fotografií mé osoby v bulletinu SPAE jakož i na webu a sociálních sítích pro dokumentaci činnosti SPAE. | | |
| Datum: | Podpis (u dětí zák. zást.): | |

*vhodné zaškrtněte, není povinné. Vyplněný formulář odešlete po jeho naskenování nejsem na spae@cbox.cz nebo poštou na adresu SPAE(nahore). 2023