P Ř I H L Á Š K A

Přihlašuji se tímto: za a) člena sdružení LYMFOM HELP, O.S. ano ne

b) příznivce sdružení LYMFOM HELP, O.S. ano ne

Jméno: …………………………………………………………………………………

Adresa:…………………………………………………………………………………

Kontaktní telefon:……………………………………………………………………

E-mail:………………………………………………………………………………….

Mám zájem především o:
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
………………………

Poznámky:
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………
………………

Svým podpisem potvrzuji splnění výše uvedených podmínek.

Datum: Podpis:

::