

**PŘÍJMENÍ**

**JMÉNO**

**BYDLIŠTĚ - ULICE, ČÍSLO DOMU**

**PSC**

**MĚSTO**

**MOBILNÍ TELEFON**

**E-MAILOVÁ ADRESA**

**PEVNÝ TELEFON**

**SKYPE**

**RODNÉ ČÍSLO**

**DATUM NAROZENÍ**

**OBČANSKÝ PRŮKAZ**

**CHCI BÝT ČLEMEM REGIONÁLNÍHO KLUBU**

**JSEM: (ano/ne)**

PARKINSONIK

PRACUJI

ČÁSTEČNÝ INVALIDNÍ DŮCHOD

RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK

PLNÝ INVALIDNÍ DŮCHOD

BLÍZKÁ OSOBA

ZTP

ZTP/P

LÉKAŘ

NEVLASTNÍM PRŮKAZ ZTP ani ZTP/P

**MŮJ NEUROLOG:**

**MÉ PŘÁNÍ ČI JINÉ SDĚLENÍ:**

Souhlasím, aby mnou poskytnuté osobní údaje byly zpracovány v členské databázi Společnosti Parkinson, o.s. bez poskytnutí třetí osobě při zachování ochrany osobních dat ve smyslu zákona č. 101/200 Sb. .

**web: WWW.PARKINSON-CZ.NET**

**skype: PARKINSON-CZ.NET**

**e-mail: KANCELAR@PARKINSON-CZ.NET**

**tel.: 272 739 222**

**mob.: 774 443 552**

**adresa: VOLYŇSKÁ 20, 100 00 PRAHA 10**

**IČO: 604 588 87**

**DATUM A PODPIS:**