



SDRUŽENÍ JIHOČESKÝCH CELIAKŮ o.s.

PŘIHLÁŠKA

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Telefon:

E-mail:

Zdravotní pojišťovna:

- Žádám o členství ve Sdružení jihočeských celiaků o.s.
- Seznámil(a) jsem se Stanovami Sdružení jihočeských celiaků o.s. a souhlasím s jejich obsahem.
- Souhlasím se zpracováváním osobních údajů pro potřeby Sdružení jihočeských celiaků o.s. v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Uvedte prosím, kdo z Vaší rodiny drží bezlepkovou dietu. Pokud se nejedná o Vás, vyplňte prosím následující údaje:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Příbuzenský vztah:

V Českých Budějovicích dne

Podpis