



# 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** .....