



# Přihláška

za člena Sdružení celiaků ČR, z. s.

NÁSLEDUJÍCÍ ÚDAJE **JE NUTNO** VYPLNIT:

JMÉNO: .....

PŘÍJMENÍ: .....

RODNÉ ČÍSLO: .....

ULICE A ČÍSLO: .....

OBEC: .....

PSČ: .....

NÁSLEDUJÍCÍ ÚDAJE **JE MOŽNO** VYPLNIT:

TELEFON DOMŮ: .....

TELEFON DO ZAMĚSTNÁNÍ: .....

E-MAIL: .....

SDRUŽENÍ MOHU NABÍDNOUT:

.....

Seznámil/a jsem se se Stanovami Sdružení celiaků ČR, z. s., s jejich obsahem souhlasím a žádám o přijetí. Souhlasím s tím, aby po dobu mého členství SCČR používalo v souladu s platnými předpisy a zákony mnou uvedené údaje pouze pro účely související s činností Sdružení.

V ..... dne ..... PODPIS .....



Dále můžete uvést základní údaje o Vašich blízkých, kteří musí dodržovat bezlepkovou dietu, nezapomeňte ani na sebe.

JMÉNO a PŘÍJMENÍ: .....

RODNÉ ČÍSLO: .....

PŘÍBUZENSKÝ VZTAH: .....

DIAGNÓZA (např. celiakie, alergie na lepek,...):

.....

OD KDY: .....

JMÉNO a PŘÍJMENÍ: .....

RODNÉ ČÍSLO: .....

PŘÍBUZENSKÝ VZTAH: .....

DIAGNÓZA (např. celiakie, alergie na lepek,...):

.....

OD KDY: .....

JMÉNO a PŘÍJMENÍ: .....

RODNÉ ČÍSLO: .....

PŘÍBUZENSKÝ VZTAH: .....

DIAGNÓZA (např. celiakie, alergie na lepek,...):

.....

OD KDY: .....

Vyplněnou a podepsanou přihlášku zašlete na adresu:  
Sdružení celiaků ČR, P.O.Box 20, 252 63 Roztoky.