Вх.N...../от .....

До Управителния Съвет на
„Сдружение на пациентите с ГИСТ в България"

ЗАЯВЛЕНИЕ

от .....
(име , презиме и фамилия)

л.к. №.....на.....от МВР .гр.....

Адрес.....

За контакт: тел.:.....моб.тел. .....e-mail.....

Уважаеми господа,

Заявявам желанието си да бъда приет/а за член на "Сдружение на пациентите с ГИСТ в България". Запознат/а съм с Устава на Сдружението и приемам и подкрепям безрезервно целите и задачите, които то си поставя.

Ако сте родител или близък на пациент, моля попълнете следното:
Име на пациента……...……
Вид заболяване…….....
В кое здравно заведение се провежда лечението.…….....
лекуващ лекар…….....

...../.....
място дата

Кандидат член:..... Председател:.....

Предоставената информация няма да бъде предоставяна на трети лица, тя е само за вътрешна употреба на „Сдружение на пациентите с ГИСТ в България".