



DEKLARACJA PRZYNALEŻNOŚCI DO STOWARZYSZENIA PRZYJACIÓŁ CHORYCH NA CHŁONIAKI „PRZEBIŚNIEG”

Ja, (imię i nazwisko).....

adres zamieszkania

(ulica nr domu / nr mieszkania)

.....

(kod pocztowy / miejscowość)

telefon kontaktowy.....

adres e-mailowy.....

deklaruję przynależność do Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych na Chłtoniaki „Przebiegnieg”

Chcę otrzymywać informacje na temat pracy Stowarzyszenia * TAK / NIE

Jestem gotów do (wpisać formy aktywności).....

.....

.....

Jeśli zgadzasz się, aby kontaktować Cię z innymi pacjentami, którzy mają ten sam rodzaj choroby i potrzebują wsparcia, proszę wpisać kontakt (telefon, adres mailowy), który można podawać innym chorym:.....

.....

Informacje dodatkowe (dobrowolne):

rozpoznanie wraz z datą (rok)

zastosowane leczenie

pacjent wyleczony / w trakcie leczenia

* właściwe podkreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie dla celów związanych z pracą Stowarzyszenia.

podpis