



АСОЦИАЦИЯ «МУКОВИСЦИДОЗА»

АСОЦИАЦИЯ «МУКОВИСЦИДОЗА»

До Председателя
на АСОЦИАЦИЯ
МУКОВИСЦИДОЗА

МОЛБА

№ Дата

за членство в

АСОЦИАЦИЯ МУКОВИСЦИДОЗА
ОТ

.....
(трите имена)

ЕГН **Адрес:** гр.(с)

община:; област:; пощенски код

ул. №; бл.; вх.; етаж; ап

телефон; GSM:

e-mail:

Вие сте:

(пациент; родител; медицински специалист; организация; друго- моля уточнете)

Ако сте пациент или родител на пациент, моля попълнете следното:

Име на пациента.....

Дата на раждане:

В кое заведение се провежда лечението Ви.....

Лекуващ лекар: тел.;

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ПРЕДСЕДАТЕЛ,

Моля да бъде приет(а) за пълноправен член на АСОЦИАЦИЯ МУКОВИСЦИДОЗА.

Декларирам, че съм запознат(а) с Устава на АСОЦИАЦИЯ МУКОВИСЦИДОЗА и съм
съгласен(на) с всички точки от него.

МОТИВИ:.....

.....

.....

(Моля, посочете вашата мотивация за членство в АМ)

Надявам се, че молбата ми ще бъде удовлетворена.

Дата:

Подпис:

/...../

Дата:

Председател:

/...../

Адрес за подаване на молбите:
гр. Димитровград; п.к. 6400 ул. „Лиляна Димитрова” №2;
вх. „В”, ет. 1, ап. 2; Светлана Атанасова