

ПРИСЪЕДИНЕТЕ СЕ КЪМ НАС

Заявление за членство

Лична информация

Име

Презиме

Фамилия

Възраст

Адрес

Телефон

e-mail

Вх. № _____ / _____

ДО

УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ НА

„АСОЦИАЦИЯ НА ПАЦИЕНТИТЕ С РА“

УВАЖАЕМИ ЧЛЕНОВЕ НА УС,

моля да бъде приет(а) за член на Сдружение „Асоциация на пациентите с ревматоиден артрит“. Декларирам, че информацията, която съм посочил(а) е вярна и че доброволно съм попълнил(а) и подписал(а) настоящето заявление.

гр./с.

Подпис:

Дата

Попълненото и подписано заявление се изпраща на адрес:

гр. София, ж.к. Лагера, бл. 55,
вх. Б, ет. 1, ап. 19

Благодарим Ви, че се присъединихте към Асоциация на пациентите с ревматоиден артрит!

Присъединете се към АПРА и ни помогнете в борбата с ревматоидния артрит!