

## PRIHLÁŠKA ZA ČLENA OZ „CML life“

<b>MENO:</b>	<b>PRIEZVISKO:</b>	<b>Titul:</b>
<b>DÁTUM NARODENIA:</b>		
<b>ADRESA:</b>		
<b>TELEFÓN:</b>		
<b>E-MAIL:</b>		

**Informácia o tom, či patríte medzi pacientov s diagnostikovanou CML, rodinných príslušníkov takýchto pacientov, priateľov alebo lekárov hematológov:**

--

**Svojím podpisom potvrdzujem, že:**

- stanovy OZ CML life poznám a budem ich plne rešpektovať,
- súhlasím so spracovaním a evidenciou údajov a informácií, uvedených v tejto prihláške, výlučne pre vnútorné potreby OZ CML life v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov.

**Týmto sa prihlasujem za člena OZ CML life**

V : .....

DÁTUM: .....

**PODPIS:** .....