



Ελληνική Ομάδα Ασθενών με Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία

Αριθμός Μητρώου Μέλους.....

(Συμπληρώνεται απο εμάς)

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΕΛΟΥΣ

Επιθυμώ να εγγραφώ ως μέλος του Συλλόγου " Ελληνική Ομάδα Ασθενών με Χρόνια Λεμφοκυτταρική Λευχαιμία ".

Έχω διαβάσει το Καταστατικό και συμφωνώ πλήρως με τους σκοπούς του Συλλόγου.

Επιθυμώ να γίνω μέλος του Συλλόγου, αφού λάβω γνώση του Καταστατικού .

(ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ Ν.2472/1997 ΚΑΙ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΜΟΝΟ ΣΤΑ ΜΕΛΗ ΤΟΥ Δ.Σ)

Όνομα :

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Επίθετο :

Ημερομηνία γεννήσεως : / /

Αρ. ταυτότητας :

Διεύθυνση :

Αριθμός : Τ.Κ.....

Πόλη :

Κινητό :

Σταθερό :

email:.....

Επάγγελμα :

Οικογενειακή κατάσταση:.....

Παιδιά (αριθμός) :

Νοσοκομείο παρακολούθησης:.....

Ιατρός :

Υπό θεραπεία ;

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι: **Όλα τα στοιχεία που αναγράφω και αναφέρω στην παρούσα αίτηση, είναι αληθή.**

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΦΩΤΟΤΥΠΙΑ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

ΑΣΘΕΝΗΣ

ΣΥΓΓΕΝΗΣ 1^{ου} ΒΑΘΜΟΥ

ΕΘΕΛΟΝΤΗΣ

Site: www.cll.gr - www.facebook.com/cllgrteam email: info@ccll.gr

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 698 674 7754

ΛΟΙΠΑ ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Σπουδές:.....

Ξένες γλώσσες:.....

Γνώση Η/Υ :.....

Ενδιαφέροντα:.....

Εμπειρία σε εθελοντικό έργο:.....

.....

Παρατηρήσεις υποψήφιου Μέλους:

.....
.....
.....
.....
.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ :.....

Στην συνεδρίαση του Δ.Σ. με ημερομηνία : / / ΕΓΚΡΙΘΗΚΕ : ΔΕΝ ΕΓΚΡΙΘΗΚΕ :

Η ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ:

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ:.....

Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ:.....