



ΕΝΤΥΠΟ Ε1

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ/ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΜΕΛΟΥΣ

Κατηγορία μέλους:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Πάσχων | <input type="checkbox"/> Σύζυγος πάσχοντος |
| <input type="checkbox"/> Γονέας πάσχοντος | <input type="checkbox"/> Αδελφός(ή) πάσχοντος |
| <input type="checkbox"/> Συγγενής πάσχοντος | <input type="checkbox"/> Φίλος πάσχοντος |
| <input type="checkbox"/> Επιστημονικός συνεργάτης | |

Προσωπικά στοιχεία:

Επώνυμο:			
Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Επάγγελμα:			
Ημ/νία Γέννησης:			
Τόπος Γέννησης:			

Διεύθυνση Κατοικίας:

Οδός:		Αριθμός:	
Περιοχή:		T.K.:	
Πόλη:			
Νομός:		Χώρα:	

Αν θέλετε να καταχωρήσουμε και άλλη διεύθυνση κατοικίας, παρακαλούμε συμπληρώστε την σε 2^ο έντυπο.

Στοιχεία Επικοινωνίας:

Τηλ. Κατοικίας:	
Τηλ. Εργασίας:	
Κινητό:	
Fax:	
email:	

Απογραφικά στοιχεία νόσου:

Νόσος:	<input type="checkbox"/> Δρεπανοκυτταρική αναιμία
	<input type="checkbox"/> Μικροδρεπανοκυτταρική αναιμία
Τόπος καταγωγής (από πατέρα):	
Τόπος καταγωγής (από μητέρα):	
Νοσοκομείο:	
ΙΑΤΡΟΣ:	

Παρακαλώ πολύ να εγκρίνετε την εγγραφή μου στο σύλλογο ΣΥΠΠΑΔΡΕΜΙΑ. Δηλώνω ότι όλα τα παραπάνω στοιχεία μου είναι αληθή και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα όλους τους όρους και τα άρθρα του καταστατικού του συλλόγου (ιδρυτικού και πιθανών τροποποιήσεων αυτού).

Ο σύλλογος τηρεί αρχείο των μελών του με όλα τα παραπάνω στοιχεία. Μπορείτε οποιαδήποτε στιγμή να ζητήσετε να λάβετε γνώση των στοιχείων σας που τηρούνται.

Αποδέχομαι να μου αποστέλλετε αλληλογραφία (συμβατική ή/και ηλεκτρονική) ή/και να με ενημερώνετε τηλεφωνικά για θέματα σχετικά με το σύλλογο ή/και τη νόσο.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ημ/νία: Αθήνα, ___ / ___ 20__

Υπογραφή