



# Přihláška ke členství ve Společnosti pro pomoc při Huntingtonově chorobě, z.s.

---

Odesláním této přihlášky se stávám členem Společnosti pro pomoc při Huntingtonově chorobě, z.s. a zavazuji se plnit povinnosti člena dle stanov, včetně placení členského příspěvku.

Jméno a příjmení\*: .....

Ulice, č.p.\*: .....

Město\*: ..... PSČ\*: .....

Datum narození\*: ..... Telefon: .....

E-mail\*: .....

## Jste (vybrané označte/doplňte):

- Rodinný příslušník z rodiny s HCH       Dobrovolník
- Odborný pracovník, např. lékař, terapeut (uved'te) .....
- Jiné (uved'te) .....

**\* takto označené údaje jsou povinné**

V ..... dne\* .....

---

podpis\*