

## Europacolon Slovenija

### PRISTOPNA IZJAVA

Ime: \_\_\_\_\_

Priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Poklic: \_\_\_\_\_

Domači naslov: \_\_\_\_\_

Domači telefon, faks ali elektronski naslov:  
\_\_\_\_\_

Službeni naslov: \_\_\_\_\_

Službeni telefon, faks ali elektronski naslov:  
\_\_\_\_\_

Področje dela, kjer bi želeli sodelovati: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pristopam kot:

- a.) bolnica/ bolnik
- b.) svojci
- c.) zdravstveni delavec
- d.) ostali zainteresirani

Letna članarina: 10 €

Pristopno izjavo pošljite na naslov:  
*Europacolon Slovenija, združenje za boj proti raku debelega črevesa in danke*  
*Povšetova 37*  
*1000 Ljubljana*

Datum pristopa: \_\_\_\_\_

Podpis: