

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: