

Στοιχεία μέλους

Επώνυμο	.....
Όνομα	.....
Πατρώνυμο	.....
Επάγγελμα	.....
ΑΜΚΑ	.....
Πόλη	.....
Οδός	.....
Τηλέφωνο	.....
E-mail ¹	.....



Στοιχεία 1^{ου} πάσχοντα

Επώνυμο	.....
Όνομα	.....
Πατρώνυμο	.....
Επάγγελμα	.....
Έτος διάγνωσης	.....
Ιατρός διάγνωσης	.....
Επιπλέον παθήσεις	.....
Ιατρός παρακολούθησης	.....
Νοσοκομείο παρακολούθησης	.....
ΑΜΚΑ	.....
Ταμείο	.....

Τα στοιχεία αυτά θα χρησιμοποιηθούν από το σύλλογο για τους σκοπούς του. Εφόσον υπάρχουν περισσότερα άτομα που πάσχουν και συσχετίζονται με το παρόν μέλος, παρακαλώ συμπληρώστε τα στην πίσω πλευρά. Εάν είστε απλός φίλος του συλλόγου, τότε δε χρειάζεται να συμπληρώσετε κάτι πέραν των στοιχείων που αφορούν το μέλος.

Ημερομηνία εγγραφής - -

¹ Συνεννώ να λαμβάνω ειδοποιήσεις από το σύλλογο

Στοιχεία 2^{ου} πάσχοντα

Επώνυμο	.....
Όνομα	.....
Πατρώνυμο	.....
Επάγγελμα	.....
Έτος διάγνωσης	.....
Ιατρός διάγνωσης	.....
Επιπλέον παθήσεις	.....
Ιατρός παρακολούθησης	.....
Νοσοκομείο παρακολούθησης	.....
ΑΜΚΑ	.....
Ταμείο	.....

Στοιχεία 3^{ου} πάσχοντα

Επώνυμο	.....
Όνομα	.....
Πατρώνυμο	.....
Επάγγελμα	.....
Έτος διάγνωσης	.....
Ιατρός διάγνωσης	.....
Επιπλέον παθήσεις	.....
Ιατρός παρακολούθησης	.....
Νοσοκομείο παρακολούθησης	.....
ΑΜΚΑ	.....
Ταμείο	.....

Στοιχεία 4^{ου} πάσχοντα

Επώνυμο	.....
Όνομα	.....
Πατρώνυμο	.....
Επάγγελμα	.....
Έτος διάγνωσης	.....
Ιατρός διάγνωσης	.....
Επιπλέον παθήσεις	.....
Ιατρός παρακολούθησης	.....
Νοσοκομείο παρακολούθησης	.....
ΑΜΚΑ	.....
Ταμείο	.....