

PRIDRUŽITE SE NAM, SKUPAJ SMO MOČNEJŠI!

# PRISTOPNA IZJAVA

Želim postati član Slovenskega Združenja bolnikov z limfomom in levkemijo, L&L.



**L & L**

SLOVENSKO ZDRUŽENJE  
BOLNIKOV Z LIMFOMOM IN LEVKEMIJO

Ime in Priimek\*

Datum in kraj rojstva\*

Kraj/ ulica in številka\*

Poštna številka in pošta\*

Telefonska št.

E-pošta

Zaposlen v

Vrsta bolezni

Datum in podpis\*

V združenje pristopam kot (ustrezno obkroži):

A. bolnik   B. sorodnik   C. strokovnjak   D. ostalo

Izjavljam, da se strinjam z včlanitvijo mojega mladoletnega otroka v Združenje in potrjujem, da so zgoraj navedeni podatki točni.

Ime in Priimek\*

Podpis\*

Razmerje do mladoletne osebe (ustrezno obkroži)

A. oče   B. mati   C. zakoniti skrbnik

Podatek, označen z zvezdico \* je obvezen, vsi ostali podatki so zaželeni.

Prosimo, da podpisano pristopno izjavo pošljete na sedež Združenja:

L&L SLOVENSKO ZDRUŽENJE  
BOLNIKOV Z LIMFOMOM IN  
LEVKEMIJO  
Povšetova 37, 1000 Ljubljana

T+386 (0)31 643 122  
limfom.levkemija@gmail.com  
www.limfom-levkemija.org