

PRISTUPNICA

Ime i prezime	
OIB	
Datum rođenja	
Zanimanje	
Adresa	
Broj telefona/mobitela	
Adresa e-pošte	
Kategorija članstva	Počasni
Datum pristupanja Udruzi	

Svojim potpisom potvrđujem da prihvaćam odredbe Statuta udruge Dravet sindroma Hrvatske.

Datum

Potpis
