



СХУКС

Удружење оболелих од
синдрома хроничног умора
и кризе свести

Јоце Милосављевића бр.10

35230 Ђуприја

062/610-373

Изјава

Прихватам програм и статут и приступам Удружењу оболелих од синдрома хроничног умора и кризе свести

Основни подаци о члану

Презиме _____

Име једног родитеља _____

Име _____

ЈМБГ _____

Дан, месец и година рођења _____

Општина _____

Место _____

Адреса становања _____

Фиксни телефон _____

Мобилни телефон _____

E-mail _____

Број чланске карте: _____

Дана _____ 20 ____

*Дан потписивања изјаве уписује се у чланску карту као
datum ступања у чланство Удружења оболелих од
синдрома хроничног умора и кризе свести*

У _____

Потпис