

SAAD – sdružení pro alergické a astmatické děti

Přihláška ke členství

Příjmení a jméno dítěte:

Datum narození dítěte:

Rodné číslo:

Příjmení a jméno rodiče:

Adresa:

PSČ:

Telefon domů:

Tel. do zaměstnání:

Zdravotní pojišťovna dítěte:

Jméno alergologa, který o dítě pečuje:

Jméno pediatra, který o dítě pečuje:

V:

Dne:

Podpis rodičů:

Předpokladem členství je zaplacení částky 150 Kč ročně. Úhradu možno provést v hotovosti v kanceláři SAAD v úředních hodinách, nebo poštovní poukázkou typu C, kterou si vyzvednete na poště.

Budete-li členem SAAD, budete dostávat časopis Bulletin poštou zdarma. Časopis vychází 4× do roka a informuje rodiče o akcích pro nemocné děti, vychovává rodiče i děti ke správnému ošetřování, léčení a odpovídá na vaše dotazy.