Latvijas Hemofilijas biedrībai

Reģ. nr. 40008005383

Tomsona 19-15, Rīgā,
LV-1013, Latvija

_____
(vārds, uzvārds)

_____

_____
(adrese, pasta indekss)

|__|__|__|__|__|__|-|__|__|__|__|__|
(personas kods)

|__|__|__|__|__|__|__|__|
(telefona numurs)

_____
(e-pasts)

IESNIEGUMS.

Lūdzu uzņemt mani par biedru Latvijas Hemofilijas biedrībā.

Es esmu: *(atzīmēt atbilstošo ar ✓ vai ✗)*

☐ cilvēks ar asins recēšanas traucējumiem
☐ mamma/tētis cilvēkam ar asins recēšanas traucējumiem
☐ māsa/brālis cilvēkam ar asins recēšanas traucējumiem
☐ ārsts
☐ cits

☐ Hemofilija A
☐ Hemofilija B
☐ von Villebranda saslimšana
☐ Hemofilijas gēna nēsātāja
☐ Iedzimta trombocītu problēma

☐ Esmu iepazinies/-usies ar biedrības biedru tiesībām un pienākumiem un apņemos tos pildīt no brīvas gribas un pēc labākās sirdsapziņas.
☐ Piekrītu, ka mani dati tiks izmantoti kontaktu saraksta veidošanai, komunikācijas uzturēšanai un statistikas apkopošanai biedrības vajadzībām. Mana kā biedra personīgā informācija ir pieejama tikai biedrības valdei un nevar tikt nodota trešajām personām bez manas piekrišanas.

2010. gada __. _____

_____
(paraksts un tā atšifrējums)