

PŘIHLÁŠKA

za člena Spolku laryngektomovaných ČR

Příjmení, jméno, titul:

Narození:

Bydliště:

Telefon:

E-mail:

Zdravotní pojišťovna:

Rok a měsíc operace:

Způsob komunikace:

retní šepot

elektrolarynx

hlasová protéza

jícnový hlas

Bankovní spojení S-LET: číslo účtu: 115-813 234 0257/0100
variabilní symbol: 9

Do zprávy pro příjemce uveďte své jméno a příjmení.

Datum: Podpis člena: