

## Přihláška do Národního sdružení PKU a jiných DMP, z.s.

Jméno a příjmení zájemce o členství:.....

Datum narození :..... RČ: .....

### Adresa :

Ulice:..... Č.domu:.....

Město/obec: ..... PSČ:.....

**Kontakty:** mobil:.....

Telefon: .....

E-mail:.....

Diagnóza: .....

### Zákonní zástupci u dětí do 18 let:

Matka: ..... Otec:.....

Adresa: ..... Adresa:.....

.....

Mobil:..... Mobil:.....

Telefon: ..... Telefon:.....

E-mail:..... E-mail:.....

### Aktivita: (v čem můžete NS PKU pomoci)

---

Svým podpisem stvrzuji souhlas se zpracováním poskytnutých osobních údajů Národním sdružením PKU a jiných DMP, z.s., Ke Karlovu 455/2, 110 00 Praha 2, IČ:27030148 (dále jen NS PKU) za účelem zajišťování chodu NS PKU a zabezpečování akcí NS PKU pořádaných na dobu 5 let, přičemž tento svůj souhlas jsem oprávněn kdykoli zrušit a odvolat.

.....  
Místo a datum

.....  
Jméno a příjmení (hůlkově)

.....  
Podpis