

Pristupnica

IME	
PREZIME	
ADRESA	
TELEFON	
MOBILNI TELEFON	
FAX	
E-MAIL	
DATUM I MJESTO ROĐENJA	
JMBG	
OSTVARENA STRUČNA SPREMA (BEZ ŠKOLE, OSN. ŠKOLA, SRED.ŠKOLA, VIŠA ŠKOLA, SVEUČILIŠTE)	
ZVANJE I ZANIMANJE	
RADNI STATUS (ZAPOSLEN/A - AKO DA, GDJE?, NEZAPOSLEN/A, MIROVINA)	
BRAČNI STATUS	
IMAM DJECU	
DIJAGNOZA (PARAPLEGIJA, PARAPAREZA, TETRAPLEGIJA, TETRAPAREZA)	
DATUM OZLJEDE	
UZROK OŠTEĆENJA (PROMET, RAD, SPORT, RAT, DRUGO - ŠTO?)	

VAŽNO! MOLIMO VAS DA NAM DOSTAVITE FOTOKOPIJU MEDICINSKE DOKUMENTACIJE O DIJAGNOSTICIRANOJ PARAPLEGIJI, TETRAPLEGIJI, PARAPAREZI, TETRAPAREZI ČIJI JE UZROK SPINALNA OZLJEDA ILI BOLEST.

ČLANARINA SE SVAKE GODINE OBNAVlja 1. LIPNJA. AKO JE PRISTUPNICA PRIMLJENA NAKON 1. SIJEČNJA, ČLANARINA SE PLAĆA TEK OD 1. LIPNJA ZA SLIJEDEĆU GODINU.

U _____ DATUM _____ POTPIS _____