

Prihláška do Asociácie polio v SR

republikovej špecifickej organizácie Slovenského zväzu telesne postihnutých



Priezvisko a meno, titul(y):

Dátum narodenia:

Číslo OP:

Adresa bydliska:

PSČ:

Kontakt: tel.:

mobil:

e-mail:

Najvyššie dosiahnuté vzdelanie:

stredné všeobecné – stredné odborné – vysokoškolské I. st. – vysokoškolské II. st.

Zmenená pracovná schopnosť:

áno - nie *

Som vozičkár:

áno - nie *

Držiteľ preukazu ŤZP alebo ZŤP/S*

č.:

Druh dôchodku:

invalidný – starobný – iný *

Zvýšenie dôchodku pre bezvládnosť:

čiastočne – prevažne – úplne *

Návrhy, pripomienky, čím sa chcete zaoberať:

Chcem byť členom Asociácie polio v SR*:

- a) som postihnutý/á následkami po poliomyelitíde
- b) som rodinný príslušník/rodinná príslušníčka človeka s následkami po poliomyelitíde
- c) som priaznivec Asociácie polio v SR.

V _____ dňa _____

_____ podpis

Vyplnenú prihlášku zašlite v elektronickej podobe na adresu: asociaciapolio@centrum.sk, vytlačenú a podpísanú prihlášku potom aj na poštovú adresu: **Mgr. Anna Hmiráková**, M. R. Štefánika 589/68, 907 01 Myjava

* vyznačte vhodnú možnosť