



Združenje bolnikov s cerebrovaskularno bolezniijo Slovenije (CVB)

PRISTOPNICA

Ime: _____

Priimek: _____

Naslov: _____

Pošta, Kraj: _____

Občina: _____

Datum rojstva: _____

Telefon: _____

E-pošta: _____

V Združenje CVB se želim vključiti, ker sem: (obkroži ustrezen odgovor)

- oseba s prebolelo možgansko kapjo
- družinski član ali skrbnik
- spremljevalec
- srečujem se z bolniki po možganski kapi

Včlanil se bi v klub CVB: _____

Datum: _____ Podpis: _____

Letna članarina znaša **15** evrov.

Znesek: =**15,00** nakažite na IBAN prejelnika: **SI56 0201 4005 1622 782**

BIC banke prejelnika: **LJBASI2X**;

Koda namena **CHAR**, Namen: **ČLANARINA**; Referenca: **SI 99**

Pristopnico oddajte predsedniku vašega kluba
ali pošljite na naslov:

Združenje CVB
Linhartova 51
1000 Ljubljana