



FORMULAR DE INREGISTRARE

NUME, PRENUME:

ADRESA:

VARSTA:

E-mail:

TELEFON:

Doresc sa devin membru al Asociației Pacienților cu Sclerodermie din România.
Calitatea de membru este personala, neputand fi transmisa prin succesiune.

Am luat la cunostinta drepturile si obligatiile membrilor conform Statutului Asociației.

Semnatura:

Data: