



## 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)

- Sem bolnik
- Družinski član bolnika
- Spremljevalec
- Pri svojem delo se srečujem z bolniki s CVB

Včlanil se bi v klub CVB: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

Letna članarina je 10 evrov.

Znesek: =**10,00** 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