**PŘIHLÁŠKA**

za člena

**SPGE-Sdružení poskytovatelů ambulantní péče v gastroenterologii z.s.**

Já, níže podepsaný/á tímto žádám o přijetí za člena SPGE-Sdružení poskytovatelů ambulantní péče v gastroenterologii z.s., IČO: 08714088

**Příjmení, jméno, titul: ………………………………………………………………**

**Pracoviště – název, adresa: …………………………………………………………………**

 **………………………………………………….…………**

 **………………………………………………….…………**

**IČO: ………………………………………………….…………**

**Adresa trvalého bydliště: ……………………………………….…………………….**

 **……………………………………….…………………….**

**Tel.: ………………………………………………………..**

**E-mail: ………………………………………………………..**

Svým podpisem prohlašuji, že jsem se seznámil/a s účelem, podmínkami a rozsahem zpracování svých osobních údajů.

V ………………………………………….. Dne ………………………………………….

 ....................................................

 podpis žadatele

Členství vzniká po schválení výborem SPGE

Přihlášku vyplňte, vytiskněte, podepište a odešlete:

1. naskenovanou elektronicky na e-mail:

info@spge.cz

nebo

1. poštou na adresu: V sadech 1081/4A, 160 00, Praha 6 - Bubeneč