

KaSPIN PRISTUPNICA

IME	
PREZIME	
ADRESA	
OIB	
TELEFON	
MOBILNI TELEFON	
E-MAIL	
DATUM I MJESTO ROĐENJA	
STRUČNA SPREMA	
RADNI STATUS (ZAPOSLEN/A - AKO DA, GDJE? MIROVINA...)	
BRAČNI STATUS	
DJECA DA/NE	
DIJAGNOZA (PARAPLEGIJA, PARAPAREZA, TETRAPLEGIJA, TETRAPAREZA)	
DATUM OZLJEDE	
UZROK OŠTEĆENJA (PROMET, RAD, RAT, DRUGO - ŠTO?)	

VAŽNO! POTREBNO JE POSLATI FOTOKOPIJU MEDICINSKE DOKUMENTACIJE KOJOM SE POTVRĐUJE DIJAGNOZA ČIJI JE UZROK SPINALNA OZLJEDA ILI BOLEST. ČLANARINA SE SVAKE GODINE OBNAVLJA 1. LIPNJA. AKO JE PRISTUPNICA PRIMLJENA 1. SIJEČNJA, ČLANARINA SE PLAĆA TEK OD 1. LIPNJA ZA SLIJEDEĆU GODINU.

U _____ Datum _____ Potpis _____

Karlovačka udruga spinalno ozlijeđenih

k.a.s.p.i.n.047@gmail.com

mob. 098/17 17 178

A.G.Matoša 14c, 47000 Karlovac, MB 4325273, IBAN: HR 8524840081107205513