



PRISTUPNICA

Udruženje obolelih od miastenije gravis kongenitalnim mijasteničnim sindromom Srbije

Ja, dole potpisani/a, svojim potpisom izražavam želju da postanem član/članica Udruženja obolelih od miastenije gravis i kongenitalnim mijasteničnim sindromom i time prihvatam ciljeve i Statut udruženja

◆ LIČNI PODACI

- Ime i prezime: _____
- Datum rođenja: _____
- Adresa stanovanja: _____
- Mesto i poštanski broj: _____
- Broj telefona: _____
- Email adresa: _____

◆ PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU (opciono) ko želi.

(Ovi podaci se koriste isključivo za internu evidenciju i pružanje podrške.)

- Dijagnoza: ☐ Miastenija gravis (AChR) ☐ MuSK ☐ Seronegativna ☐ kongenitalni mijastenični sindrom
- Godina postavljanja dijagnoze: _____
- Terapija: _____

◆ IZJAVA O PRISTUPANJU

Svojim potpisom potvrđujem da pristupam Udruženju dobrovoljno, da prihvatam pravila i ciljeve Udruženja i dajem saglasnost za korišćenje mojih podataka u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti u svrhe rada Udruženja. U slučaju da je osoba maloletna saglasnost potpisuje roditelj ili staratelj.

Žiro račun za uplatu: 200-081000004369-34 Poštanska štedionica A.D. Beograd

Naziv primaoca: Udruženje „Pahulja“ MG i CMS

Svrha uplate: Članarina za 2025. godinu (navedite ime i prezime za koga se uplaćuje članarina)

Iznos za uplatu je: 2.000,00 dinara za 2026.godinu.

 **Datum:** _____

 **Potpis:** _____

