

**SAVEZ ZA RIJETKE BOLESTI REPUBLIKE SRPSKE**

Dragočaj bb 78215 Banja Luka, Republika Srpska

Tel: 066/863-267,

e-mail: rijetkebolesti.rs@hotmail.com, branislavuzelac.szrbrs@gmail.comwww.savezzarijetke.rs

JIB 4403874120008

Ime i prezime			
Datum i godina rođenja:			
Adresa:			
Grad i poštanski br.			
Država:			
Telefon:		Mobilni:	
e-mail:			

Vi ste (označi):	<input type="checkbox"/> Oboljeli	<input type="checkbox"/> Roditelj/Startelj
Vrsta rijetke bolesti:		
Doktor specijalista:		
Mjesto liječenja (zdravstvena ustanova)		
Ukoliko se radi o oboljelom djetetu, molim navedite osnovne podatke djeteta:		
Ime i prezime:		
Godina rođenja:		
Adresa (ako je drugačija od navedene):		

Datum i mjesto pristupanja:	
------------------------------------	--

Ukoliko netko s istom dijagnozom želi s Vama stupiti u kontakt molimo navedite koje Vaše podatke možemo prosljediti (adresa, mail, fiksni telefon, mobilni...):

--



SAVEZ ZA RIJETKE BOLESTI REPUBLIKE SRPSKE

Dragočaj bb 78215 Banja Luka, Republika Srpska

Tel: 066/863-267,

e-mail: rijetkebolesti.rs@hotmail.com. branislavuzelac.szrbrs@gmail.com

www.savezzarijetke.rs

JIB 4403874120008

Napomena: Ako je riječ o maloljetnom djetetu, kao član se upisuje roditelj, a u donjem dijelu pristupnice se upisuju podaci za dijete!

Vaše napomene:

Ja _____ (ime i prezime) svojim potpisom dajem saglasnost Savezu za rijetke bolesti Republike Srpske, da obrađuje i prikuplja moje lične podatke/odnosno podatke bolesnog djeteta čiji sam roditelj/staratelj, uključujući i podatke o mome zdravstvenom stanju/odnosno zdravstvenom stanju djeteta, u svrhu izvršavanja legitimnih aktivnosti Saveza, navedenih u Statutu Saveza, a sa kojima sam upoznat, za vremenski period od momenta potpisivanja ove saglasnosti do momenta dok ih pismeno ne obavijestim da više nisam saglasan/na.

Potpis:
