

<b>Adr.: Spolek psoriaticků a atopických ekzematiků - SPAE</b> Budova Čes. pošty, Rybná 682/14 110 05 Praha 1	<b>PŘIHLÁŠKA</b> do spolku <b>Spolek psoriaticků a atopických ekzematiků</b> Účet SPAE: 269955897/0600	Členské číslo / datum vstupu
Tit./Jméno:	Datum narození:	
Příjmení:	Zaměstnání:	
Ulice, číslo:	E-mail:	
Obec:		
PSC:	Mobil/Tel.:	
Okres:	Důchod: starobní, invalidní, část. invalidní* Důchod přiznán na základě diagnózy      ANO      NE	
psoriasis vulgaris* <input type="checkbox"/> od roku věku	diabetes 1. typu* <input type="checkbox"/> od roku věku	
psoriasis generalis* <input type="checkbox"/> od roku věku	diabetes 2. typu* <input type="checkbox"/> od roku věku	
psoriasis artropatika* <input type="checkbox"/> od roku věku	vitiligo* <input type="checkbox"/> od roku věku	
jiná forma psoriasis* <input type="checkbox"/> od roku věku	jiná Dg.*      od roku věku	
atopický ekzém* <input type="checkbox"/> od roku věku	Opakovaný zánět duhovky/rohovky*      ANO      NE	
Udělují tímto Spolku psoriaticků a atopických ekzematiků souhlas s používáním mnou uvedených údajů pro účely související s činností SPAE v souladu s platnými zákonnými normami po dobu mého členství ve SPAE. Souhlasím s případným zveřejněním fotografií mé osoby v bulletinu SPAE jakož i na webu a sociálních sítích (slouží pro dokumentaci činnosti SPAE).		
Datum:	Podpis (u dětí zákonný zástupce):	

\*Vhodnou volbu zaškrtněte, není povinné. Vyplněný formulář odešlete po jeho naskenování/ofocení mejlem na [spae@cbox.cz](mailto:spae@cbox.cz). (2025)