



DMD Slovenija

PRISTOPNICA

Za članstvo v DMD Slovenija

Ime :
Priimek:
Ulica in hišna številka:
Poštna številka in kraj:
Država:
Datum rojstva:
Telefon:

Izjavljam, da želim postati član(ica) društva Dušenova mišična distrofija Slovenija, da sprejemam statut, namen in poslanstvo o delovanju društva.

Kraj in datum : _____ Lastnoročni podpis: _____