

# FORMULAR DE ADEZIUNE

---

Subsemnatul \_\_\_\_\_ solicit obținerea calității de membru al Asociației ImunvitD - Vitamina D pentru diagnostice autoimune.

Datele mele personale sunt următoarele:

- Adresa de domiciliu:
- Cartea de identitate: Seria: \_\_\_\_\_ Nr: \_\_\_\_\_ Data expirare : \_\_\_\_\_
- Telefon mobil:
- E-mail:
- Diagnosticat cu \_\_\_\_\_
- Apartinator pacient diagnosticat cu \_\_\_\_\_

Declar că am luat la cunoștință și sunt de acord cu prevederile statutului Asociației ImunvitD - Vitamina D pentru diagnostice autoimune.

Declar că sunt de acord ca statutul meu de membru să devină public pe site-ul Asociației, iar datele mele de contact să fie disponibile tuturor membrilor acesteia.

Voi aduce la cunoștința Asociației orice modificare în privința datelor mele personale.

Anexe la prezenta cerere :

- Copie act de identitate
- Certificat din care să rezulte diagnosticul bolii autoimune.

Data \_\_\_\_\_

Semnătură solicitant \_\_\_\_\_

Subsemnatul /Subsemnata ..... în calitate de membru al Asociației ImunvitD - Vitamina D pentru diagnostice autoimune recomand și susțin solicitantul/a și propun aprobarea adeziunii.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

Subsemnatul /Subsemnata ..... în calitate  
de membru al Asociației ImunvitD - Vitamina D pentru diagnostice autoimune recomand și susțin  
solicitantul/a și propun aprobarea adeziunii.

Data

Semnătura