

Pristupnica

Molim da se prihvati moja/naša prijava za ućlanjenje u Udrugu roditelja djece s kohlearnim implantatom.

MOLIMO OZNAČITI KATEGORIJU

RODITELJ	
KORISNIK IMPLANTATA	
ČLAN PRIJATELJ	

	Majka	Otac
Ime i prezime		
Matićni broj		
Adresa		
Telefon		
Zanimanje		
Mjesto zaposlenja		
Telefon		
Ime djeteta		
Matićni broj		
Datum operacije		
Bolnica		
Operater		
Implantat i procesor zvuka		
Financiranje operacije	1. osobna sredstva 2. donacija 3. HZZSO 4. bolnica 5. ostalo	
U Zagrebu,	Potpis	Potpis