

Κυπριακός Σύνδεσμος Ασθενείας Πάρκινσον
Cyprus Parkinson's Disease Association

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ
MEMBERSHIP APPLICATION

Όνομα/Name

Επίθετο/Surname.....

Ημ. Γεννήσεως/D.O.B.....

Επάγγελμα/Occupation.....

Διεύθυνση/Address.....

Πόλη/City.....

Επαρχία/District.....

Τηλ. Οικίας/Home tel.....

Τηλ. Εργασίας/Work tel.....

Κινητό/Mobile.....

e-mail.....

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΑΡΜΟΖΕΙ ΣΕ ΕΣΑΣ
PLEASE CIRCLE ACCORDINGLY

- Ασθενής / PD patient
- Συγγενείς / Relatives
- Φίλοι / Friends
- Άλλοι / Others

Υπογραφή / Signature

.....

Για επίσημη χρήση μόνο / For official use only
Αριθμός Αίτησης/Application No.....