



Αίτηση Ένταξης Μέλους

Ασθενής Φροντιστής Εθελοντής

Στοιχεία Μέλους

Όνοματεπώνυμο

του

Αρ. Μέλους

Επάγγελμα / Κοινωνικό Ταμείο

Ποσοστό Αναπηρίας

Φορέας

Α.Δ.Τ / ΑΜΚΑ / Α.Φ.Μ

Ημερομηνία γέννησης / Τόπος

Διεύθυνση Οικίας

Τηλέφωνα Ασθενή

Τηλέφωνα Φροντιστή

E-mail

Διαγνωσμένα Νοσήματα

Πληροφορίες για την Π.Υ.

Ημερ. Εντοπισμού της

Νοσοκομείο

Πληροφορίες για την αγωγή

Φάρμακα

Θεράποντες Ιατροί

Έχετε κάνει καθετηριασμό

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ημερ/μηνία:

Ημερ. Τελευταίου καθετηριασμού

Νοσοκομείο

Επιδείνωση:

Οικογενειακή Κατάσταση

Έγγαμος Άγαμος Διαζευγμένος

Παιδιά _____

Πρόσθετες Πληροφορίες Μέλους

Σημειώσεις

Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΙΝΑΙ ΕΝΕΡΜΟΝΙΣΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΟΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ GDPR**ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΑΣ Η ΤΗΝ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΣΥΝΕΝΕΣΗ ΣΑΣ (όπως και σας γνωστοποιείται τηλεφωνικά), ΑΙΤΟΥΣΑΣΤΕ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΣΑΣ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΜΑΣ ΚΑΙ ΕΙΣΤΕ Ο ΜΟΝΟΣ/Η ΥΠΕΤΘΥΝΟΣ/Η ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΚΑΙΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΑΣ**

Υπογραφή Μέλους _____

Ημερ/νία

/

/ 2021