

Slezský klub stomiků v Ostravě – registrační list

Jméno:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Příjmení:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bydliště: PSČ:

Číslo OP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Telefon: Mobil:

e-mail: Datum narození: Rok operace:

Typ stomie: Kolostomie ☐ Ileostomie ☐ Urostomie ☐

Zdravotní pojišťovna: Číslo pojišťovny

Datum : Podpis :

Osobní údaje budou vedeny v souladu s ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Podpisem
vyslovujete souhlas s evidencí osobních údajů pro potřebu Slezského klubu stomiků Ostrava
po dobu členství v tomto klubu.