

Pristupnica

IME	
PREZIME	
ADRESA	
POŠTANSKI BROJ I MJESTO	
TELEFON	
MOBILNI TELEFON	
E-MAIL	
DATUM I MJESTO ROĐENJA	
OIB	
OSTVARENA STRUČNA SPREMA (BEZ ŠKOLE, OSNOVNA ŠKOLA, SREDNJA ŠKOLA, VIŠA ŠKOLA, SVEUČILIŠTE)	
ZVANJE I ZANIMANJE	
RADNI STATUS (ZAPOSLEN/A, NEZAPOSLEN/A, MIROVINA)	
BRAČNI STATUS	
IMAM DJECU	
DIJAGNOZA (PARAPLEGIJA, PARAPAREZA, TETRAPLEGIJA, TETRAPAREZA)	
DATUM OZLJEDE	
UZROK OŠTEĆENJA (PROMET, RAD, SPORT, RAT, DRUGO – ŠTO?)	

! VAŽNO! MOLIMO VAS DA NAM DOSTAVITE FOTOKOPIJU MEDICINSKE DOKUMENTACIJE O DIJAGNOSTICIRANOJ PARAPLEGIJI, TETRAPLEGIJI, PARAPAREZI, TETRAPAREZI ČIJI JE UZROK SPINALNA OZLJEDE ILI BOLEST

U _____ DATUM _____ POTPIS _____

ZAJEDNICA SPINALNO OZLIJEĐENIH

VARIČAKOVA UL. 20, 10010 NOVI ZAGREB-SLOBOŠTINA; TELEFON: (01) 36 48 582; www.soz.hr; info@soz.hr;
IBAN: HR 8724840081104520323; OIB 82513692107; MB 2324237;