

**Cerere de înscriere în Asociația de Fibroză Chistică din România
ca membru* (simpatizant)**

NUMELE ȘI PRENUMELE** _____

Adresa: Str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ et. _____ sect. _____

Localitate _____ Județ _____ Cod postal _____

BI/CI seria _____ nr. _____ eliberat de _____ la data de _____

CNP _____

DATE DE CONTACT:

- telefon fix _____
- telefon mobil _____
- fax _____
- e-mail _____

Sunt (încercuțiți varianta valabilă în cazul dvs.):

- Pacient cu FC
- Părinte al unui copil cu FC
- Personal medical (precizați spitalul/cabinetul medical unde lucrați) _____
- Voluntar _____
- Altele (precizați) _____

Date despre pacientul cu FC:

NUMELE ȘI PRENUMELE _____

Data nașterii _____ CNP _____

Spitalul unde se află în evidență și medicul specialist _____

Data la care s-a pus diagnosticul _____ Vârsta pacientului la momentul diagnosticării _____

Centrul regional care asigură dispensarizarea (opțional) _____

Centrul medical județean de care aparține (opțional) _____

Centrul medical local de care aparține (opțional) _____

Etnie, naționalitate (opțional) _____

Semnătura

Data

*Calitatea de membru implică recunoașterea și respectarea statutului și a regulilor de funcționare a AFCR.

**Prin completarea datelor de mai sus vă exprimați acceptul ca datele personale ale pacientului cu fibroză chistică (mucoviscidoză) să fie procesate.