Zájemci o členství v KLS, z.s., zasílejte, prosím, přihlášky na adresu:

Datacentrum KLS, I. interní klinika VFN, U Nemocnice 2, 128 08 PRAHA 2

nebo faxem na číslo: 224 963 117/118

nebo skenem na e-mail: [dlouha@lymphoma.cz](mailto:dlouha@lymphoma.cz) nebo [hrabetova@lymphoma.cz](mailto:hrabetova@lymphoma.cz)

**PŘIHLÁŠKA**

Přihlašuji se za člena zapsaného spolku Kooperativní lymfomová skupina.

Jméno: ………………………………………………………….. Příjmení:………………………………………………………………

Adresa bydliště:……………………………………………………………………………………………………………………………...

Adresa pracoviště:…………………………………………………………………………………………………………………………..

Tel. spojení:…………………………………………………….

Faxové spojení:……………………………………………….

E-mail:…………………………………………………………….

Datum:………………………………………………………….. Podpis:…………………………………………………………………..