



UDRUGA PARAPLEGIČARA I TETRAPLEGIČARA Brodsko - posavske županije

PRISTUPNICA

PODATKE UPISIVATI SAMO U SVJETLOPLAVA (zasjenčena) POLJA!

Ime i prezime	<input type="text"/>	OIB	<input type="text"/>
Adresa stanovanja	<input type="text"/>	Mjesto stanovanja	<input type="text"/>
Datum rođenja	<input type="text"/>	Datum ozljede	<input type="text"/>
Broj telefona	<input type="text"/>	Broj mobitela	<input type="text"/>
		e-mail:	<input type="text"/>

<u>Vaša dijagnoza (stavite znak X)</u>	<u>Uzrok ozljede (stavite znak X)</u>
<input type="checkbox"/> PARAPLEGIA	<input type="checkbox"/> PROMET
<input type="checkbox"/> TETRAPLEGIA	<input type="checkbox"/> RAD
<input type="checkbox"/> PARAPAREZA	<input type="checkbox"/> SPORT
<input type="checkbox"/> TETRAPAREZA	<input type="checkbox"/> DRUGO
<u>Školovanje u tjeku? (stavite znak x)</u>	<u>Imam djecu (stavite znak x)</u>
<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
<u>Ostvarena stručna sprema (stavite znak X)</u>	<u>Radni status (stavite znak x)</u>
<input type="checkbox"/> OSNOVNA ŠKOLA	<input type="checkbox"/> U RADNOM ODNOSU
<input type="checkbox"/> SREDNJA ŠKOLA	<input type="checkbox"/> BEZ POSLA
<input type="checkbox"/> VIŠA ŠKOLA	<input type="checkbox"/> U MIROVINI
<input type="checkbox"/> FAKULTET	<input type="checkbox"/> DRUGO
AKO SE I DALJE ŠKOLUJETE NAVEDITE ZADNJE ZAVRŠENI STUPANJ	

Registrirajte svoja tri najveća problem

Vaše sugestije za rad udruge

VAŽNO! Molimo Vas da nam dostavite fotokopiju medicinske dokumentacije koja dokazuje Vašu dijagnozu.
(SAMO JEDAN DOKUMENT)

Mjesto i datum

Potpis

Upit BPŽ - Udruga paraplegičara i tetraplegičara Brodsko-posavske županije
Ante Starčevića 9, 35425 Davor, OIB: 73120517676, e-mail: dominikmatosevic83@gmail.com TEL.0957356570
IBAN: HR612360001103155634

(Popunjenu i potpisanu Pristupnicu poslati na adresu udruge i OBAVEZNO na adresu: HUPT, Varičakova 20, 10 020 ZAGREB)