

PŘIHLÁŠKA

DO ASOCIACE CYTOLOGICKÝCH LABORATOŘÍ DOPORUČENÝCH PRO CERVIKÁLNÍ SCREENING, Z. S.

ZÁJEMCE

Název laboratoře:

IČO: E-mail:

Sídlo:

Korespondenční adresa:

Číslo doporučení Komise MZ ČR pro screening karcinomu děložního hrdla k provádění screeningových vyšetření (prostou kopii přiložit k přihlášce):

Jméno osoby oprávněné jednat jménem laboratoře :

ZÁVAZKY ZÁJEMCE O ČLENSTVÍ:

- Respektování stanov spolku v platném znění.
- Placení příspěvků v řádném termínu.
- Neprodlené oznámení změn spojených s doporučením laboratoře k provádění výkonů v rámci screening karcinomu děložního hrdla.

V dne

podpis osoby oprávněné jednat jménem

zájemce a razítko laboratoře

ROZHODNUTÍ VÝBORU O PŘIJETÍ

Zájemce o členství byl přijat rozhodnutím Výboru spolku dne

Členské příspěvky byly zaplacený dne

Přijatý člen bude v souladu se Stanovami zapsán do veřejného seznamu členů spolku (přístupný na webu).

Členové výboru:

.....

.....