**Závazná přihláška**

**Seminář Jihlava 9. 8. – 11. 8 . 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení |  |
| Adresa trvalého pobytu |  |
| Datum narození |  |
| Roska | Průkaz ZTP \*ano ne | ZTP/P \*ano ne |
| Nejsem členem Rosky |
| Číslo OP |  |
| Cena semináře 1500KČ Doprovod ZTP/P 1500KČ |
| Telefon | mail  |
| Stravování Dieta jaká  |  |  |
|  |  |  |

\*nehodící se škrtněte (nebo zakroužkujte)
Vstup do budovy a pokojů a školící místnosti je bezbariérový
WC a koupelna nejsou bezbariérové.
Storno nejpozději 30.7.2024 - storno poplatek není, později za neobsazené lůžko 520 KČ. **Vzhledem k čerpání SD MZ je účast povinná po celou dobu programu. To je včetně nedělního dopoledního programu. Vyplývá to z metodiky MZ pro SD.**
Souhlas se zpracováním a uchováváním osobních údajů pro potřeby Unie ROSKA .Pojištění si každý zřizuje individuálně.

Částku v Kč uhraďte na účet č. 250 975556/0300 do 30.7.2024. Do zprávy pro příjemce uveďte prosím „seminář“ a vaše jméno. Možno zaplatit hromadně za pobočný spolek. Vyplněnou přihlášku zašlete mailem na adresuroska.ji@centrum.cz , telefon 724 594 131

Datum...........2024 Podpis…………...........................................................

**Vyjádření ošetřujícího odborného neurologa k účasti na uvedené akci**

Týká se účastníků – pacientů s RS

Doporučuji:ANO – NE (nehodící se škrtněte)

Datum. ………….. 2024 Velké razítko a podpis………………………………………………………………..

Pro členy pobočného spolku

Mám potvrzeno na celoroční přihlášce u pobočného spolku, přikládám kopii. V případě hromadných výprav vedoucí vezme s sebou kopie.

 Podpis…………………………………………..