



# Přihláška

## CZECH MDS GROUP z.s.

U nemocnice 2094/1, Praha 128 00  
IČO: 22832912

Jméno a příjmení, titul:

\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Pracoviště: \_\_\_\_\_

Adresa bydliště: \_\_\_\_\_

Adresa pro doručování korespondence:

\_\_\_\_\_

Mailová adresa: \_\_\_\_\_

Telefonní kontakt: \_\_\_\_\_

### Žádost o přijetí za člena spolku „CZECH MDS GROUP z.s.“

Žádám tímto o členství v „CZECH MDS GROUP z.s.“.

\_\_\_\_\_  
Datum a podpis žadatele:

\_\_\_\_\_  
Podpis předsedy sdružení:

\_\_\_\_\_  
Členská schůze schválila tuto žádost dne: