

## Členská přihláška

<b>Titul:</b>	<b>Jméno a příjmení:</b>	<b>r.č.</b>
.....	.....	.....

<b>Adresa:</b>
.....

<b>Tel/fax/e-mail:</b> .....
------------------------------

<b>Číslo OP:</b> ..... <b>ZTP, ZTP/P</b> .....
--

<b>Status osoby:</b> <input type="checkbox"/> * postižený <input type="checkbox"/> rodinný příslušník <input type="checkbox"/> přítel <input type="checkbox"/> organizace <input type="checkbox"/> odborník - specialista
--

\*) označte jednu z možností

**Datum:**

**Podpis:** .....

**Poznámka:**

Členský poplatek činí na rok 100,- Kč - pro osoby do 65 let a organizace.

Členský poplatek činí na rok 30,- Kč pro osoby nad 65 let.

V případě členství rodinných příslušníků platí pouze osoba postižená hluchoslepotou (za přímého rod. přísluš. se považuje - otec, matka, syn, dcera, manžel, manželka).