



Asociația Pacienților cu Neoplazii
MieloProliferative

MIELOPRO

FORMULAR DE ADEZIUNE

NUME & PRENUME:

Data nasterii:

Domiciliu:

Strada:

Nr. BlocScaraEtaj.....apartament

Localitate Judet/sector.....

Cod postal

Telefon:

e-mail:

Pacient

Diagnostic:

Data diagnosticului:

Membru familie

Prieten

Voluntar

Medic

Asistent/a

Alte (specificati)

Data:

Semnatura: