**AVALDUS**

Soovin astuda Eesti Insuldipatsientide Seltsi liikmeks.

Ees- ja perekonnanimi …………………………………………………………………

Sünniaeg………………………………………………………………………………..

Kodune aadress ………………………………………………………………………..

Telefon …………………………………………………………………………………

E – posti aadress ……………………………………………………………………….

Märgi palun x-ga ära, kas oled insuldist taastuja või taastuja lähedane.

|  |
| --- |
|  |

Mul on diagnoositud *isheemiline/hemorraagiline/TIA(miniinsult*) insult

*(Tee palun sobiv valik ja märgi see joonega!)*

|  |
| --- |
|  |

Olen insuldist taastuva inimese pereliige/lähedane

* Kohustun täitma Eesti Insuldipatsientide Seltsi põhikirja.
* Olen tasunud Eesti Insuldipatsientide Seltsi liikmemaksu

Ees- ja perekonnanimi ………………………………….

Kuupäev ……………………………………..