

**Στοιχεία για εγγραφή ή ανανέωση μελών**

\*Μέλος μπορεί να γίνει οποιοδήποτε άτομο (ασθενής, γονέας, συγγενής, φίλος) ηλικίας μεγαλύτερης των 18 χρονών **\*Υποχρεωτικά πεδία**

Επιλέξτε βάζοντας σε κύκλο αυτό που ισχύει\*: **ΕΓΓΡΑΦΗ / ΑΝΑΝΕΩΣΗ**

|  |
| --- |
| **Ονοματεπώνυμο\*:** |

|  |
| --- |
| **Επάγγελμα:** |
| **Ιατρός Γαστρεντερολόγος:** |

**Βάλτε σε κύκλο αυτό που ισχύει για εσας:**

-Ασθενής με τη νόσο του Crohn

-Ασθενής με Ελκώδη Κολίτιδα

-Γονέας/Κηδεμόνας

-Συγγενής

-Φίλος/η

**ΚΑΡΤΑ ΜΕΛΟΥΣ:** Επιθυμώ κάρτα μέλους: **NAI / OXI**

|  |
| --- |
| **Διεύθυνση\*:** |
| **Πόλη\*:** |
| **Τ.Κ.\* : Τηλέφωνο οικίας ή Κινητό\*:** |
| **Email\*:** |

**Ημερομηνία: Υπογραφή:**

Οι ενδιαφερόμενοι να συμπληρώσουν το πιο πάνω έντυπο και να το προωθήσουν στο e-mail:**cycca.org@gmail.com**μαζί με τα αποδεικτικά στοιχεία της ηλεκτρονικής τους πληρωμής ή κατάθεσης, **Τράπεζα Κύπρου 357019576960 ή**

 **Ελληνική Τράπεζα 139-01-198343-01**, **ή**

ταχυδρομικώς μαζί με την ετήσια τους συνδρομή ύψους €15:

**ΠΑ.ΣΥ.Ε.Κ.Κ. / Τ.Κ. 27553 / 2430 Λευκωσία**