

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ - MEMBER REGISTRATION FORM

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΟΥΣ / MEMBER NUMBER ......................

Ονοματεπώνυμο: ............................................................................................................................... Full Name

Διεύθυνση: .................................................................................... Αρ. ............... Τ.Τ.......................

Address No. Postcode

Πόλη ή Χωριό: ..................................................................................................................................

City / Village

Τηλ. Οικίας: ............................. Κινητό: ............................. Email: .................................................

Home Phone Number Mobile Number

Επάγγελμα: .............................................................................… Συνταξιούχος/α: Ναι □ Όχι □

Employment Retired Yes No

Καρδιοπαθής □ Φίλος/η □

Heart Patient Friend

Αριθμός πολιτικής ταυτότητας: ........................................................................................................

Identity Card Number

Ημερομηνία και τόπος γέννησης: .....................................................................................................

Birth date and place

Οικ. Κατάσταση: Παντρεμένος/η □ Ανύπανδρος/η □ Χήρος/α □ Διαζευγμένος/η □ Marital Status: Married Single Widow/er Divorced

Αριθμός τέκνων: ..................................... Αριθμός εξαρτώμενων τέκνων: ......................................

Children Dependent Children

Όνομα συζύγου: ................................................................................................................................

Husband’s / Wife’s name

Είδος πάθησης – Παρακαλώ Υπογραμμίστε - Type of Heart Disease – Please underline below.

Έμφραγμα, εγχείρηση, μπαλονάκι, καθετηριασμός, αρρυθμίες, βηματοδότης, απινιδωτής.

Heart attack, operation, angiogram, arrhythmias, implant pacemaker / defibrillator.

Άλλο:………………………………………………………………………………...………...........

Other

Παρακαλώ δηλώστε αν επιθυμείτε να σας αποστέλλεται ενημερωτικό υλικό με το ταχυδρομείο. Ναι □ Όχι □

Please indicate if you wish to receive information material by mail. Yes No

Ημερομηνία: ............................................ Υπογραφή αιτητή/τριας: .....................................................

Date Signature

Ετήσια Συνδρομή €10.- Αριθμός Απόδειξης Πληρωμής: ...........................

Annual subscription €10.- Payment Receipt No.