**Žiadosť o zaradenie do zoznamu spolupracujúcich pacientskych organizácií**

**Pre jednoznačné posúdenie je potrebné vyplniť všetky časti**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Názov pacientskej organizácie** | Kliknutím zadáte text. | | | | |
| **Právna forma** | Kliknutím zadáte text. | | | | |
| **Adresa organizácie**  ulica, PO Box, mesto, PSČ, | Kliknutím zadáte text. | | | | |
| **Nezisková organizácia zameriavajúca sa na pacientov, ich práva a potreby** | **Áno** | | | **Nie** | |
| **Zameranie organizácie** (ochorenia, lieky, ciele) | Kliknutím zadáte text. | | | | |
| **Zastúpenie pacientov v riadiacich orgánoch** | **Áno** | | **Nie** | | |
| **Ďalšie informácie** | Kliknutím zadáte text. | | | | |
| **Členovia organizácie** | Osoby s určitým ochorením alebo zdravotnými problémami1 | **Áno** | | | **Nie** |
| Združenia/spolky, ktorých členmi sú združenia/spolky2 | **Áno** | | | **Nie** |
| **Dátum založenia organizácie** | Kliknutím zadáte text. | | | | |
| **Prílohy** | Kliknutím zadáte text. | | | | |

*1) Vrátane ich blízkych osôb alebo ich zástupcov podľa občianskeho zákonníka*

*2) Ak spĺňajú podmienky zaradenia podľa ostatných bodov žiadosti*

**Dátum**  **Meno a podpis žiadateľa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |