

EVIDENČNÍ LIST ČLENSKÉ ORGANIZACE

NÁRODNÍ RADY OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR

Část I. Identifikační údaje organizace (1 list)

Celý název organizace:	
Oficiálně používaná zkratka:	
Anglický název organizace:	

Sídlo organizace:	Ulice:		
	Místo:		PSČ: <input type="text"/>
Adresa pro zasílání pošty:	Ulice:		
	Místo:		PSČ: <input type="text"/>

Telefon:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/> @ <input type="text"/>
----------	----------------------	------	----------------------	---------	---

Webové stránky (www prezentace):	WWW. <input type="text"/>
----------------------------------	---------------------------

Počet členů organizace:	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------

Působnost organizace:		
	Uveďte počet jednotek organizace s krajskou působností v kraji:	Uveďte počet jednotek organizace s regionální, či místní působností v kraji:
Hl. m. Praha	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Středočeský kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jihočeský kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plzeňský kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Karlovarský kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ústecký kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Liberecký kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Královéhradecký kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pardubický kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kraj Vysočina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jihomoravský kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zlínský kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Olomoucký kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Moravskoslezský kraj	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Část I. Identifikační údaje organizace (2 list)

Je vaše organizace členem mezinárodní organizace?	ANO / NE
Uveďte, ve které mezinárodní organizaci je vaše organizace členem:	

1. statutární zástupce organizace:					
Titul:		Jméno:		Příjmení:	
Funkce:					
Telefon:		Fax:		E-mail:	@
2. statutární zástupce organizace:					
Titul:		Jméno:		Příjmení:	
Funkce:					
Telefon:		Fax:		E-mail:	@

Popište zaměření organizace (max. 6 řádků, v českém jazyce):					
Popište zaměření organizace (max. 6 řádků, v anglickém jazyce):					

Potvrzuji, že všechny údaje uvedené v evidenčním listu členské organizace jsou pravdivé a delegované osoby mají právo zastupovat evidovanou organizaci při jednání krajských orgánů Národní rady osob se zdravotním postižením ČR. Souhlasím s tím, aby údaje uvedené v evidenčním listu uveřejnila Národní rada osob se zdravotním postižením ČR na internetových stránkách www.nrzp.cz.

Datum:

Místo:

Podpis statutárního zástupce organizace, razítko:

Část II. Zastoupení v krajských radách osob se zdravotním postižením (3 list)

Pražská krajská rada osob se zdravotním postižením					
Delegovaný zástupce		Jméno:		Příjmení:	
Titul:		Funkce:			
Telefon:		Fax:	E-mail:	@	
Adresa pro zaslání pošty:		Ulice:			
		Místo:		PSČ:	

Středočeská krajská rada osob se zdravotním postižením					
Delegovaný zástupce		Jméno:		Příjmení:	
Titul:		Funkce:			
Telefon:		Fax:	E-mail:	@	
Adresa pro zaslání pošty:		Ulice:			
		Místo:		PSČ:	

Jihočeská krajská rada osob se zdravotním postižením					
Delegovaný zástupce		Jméno:		Příjmení:	
Titul:		Funkce:			
Telefon:		Fax:	E-mail:	@	
Adresa pro zaslání pošty:		Ulice:			
		Místo:		PSČ:	

Plzeňská krajská rada osob se zdravotním postižením					
Delegovaný zástupce		Jméno:		Příjmení:	
Titul:		Funkce:			
Telefon:		Fax:	E-mail:	@	
Adresa pro zaslání pošty:		Ulice:			
		Místo:		PSČ:	

Karlovarská krajská rada osob se zdravotním postižením					
Delegovaný zástupce		Jméno:		Příjmení:	
Titul:		Funkce:			
Telefon:		Fax:	E-mail:	@	
Adresa pro zaslání pošty:		Ulice:			
		Místo:		PSČ:	

Ústecká krajská rada osob se zdravotním postižením					
Delegovaný zástupce		Jméno:		Příjmení:	
Titul:		Funkce:			
Telefon:		Fax:	E-mail:	@	
Adresa pro zaslání pošty:		Ulice:			
		Místo:		PSČ:	

Liberecká krajská rada osob se zdravotním postižením					
Delegovaný zástupce		Jméno:		Příjmení:	
Titul:		Funkce:			
Telefon:		Fax:	E-mail:	@	
Adresa pro zaslání pošty:		Ulice:			
		Místo:		PSČ:	

Část II. Zastoupení v krajských radách osob se zdravotním postižením (4 list)

Královéhradecká krajská rada osob se zdravotním postižením					
Delegovaný zástupce		Jméno:		Příjmení:	
Titul:		Funkce:			
Telefon:		Fax:	E-mail:	@	
Adresa pro zaslání pošty:		Ulice:			
		Místo:		PSČ:	

Pardubická krajská rada osob se zdravotním postižením					
Delegovaný zástupce		Jméno:		Příjmení:	
Titul:		Funkce:			
Telefon:		Fax:	E-mail:	@	
Adresa pro zaslání pošty:		Ulice:			
		Místo:		PSČ:	

Krajská rada osob se zdravotním postižením kraje Vysočina					
Delegovaný zástupce		Jméno:		Příjmení:	
Titul:		Funkce:			
Telefon:		Fax:	E-mail:	@	
Adresa pro zaslání pošty:		Ulice:			
		Místo:		PSČ:	

Jihomoravská krajská rada osob se zdravotním postižením					
Delegovaný zástupce		Jméno:		Příjmení:	
Titul:		Funkce:			
Telefon:		Fax:	E-mail:	@	
Adresa pro zaslání pošty:		Ulice:			
		Místo:		PSČ:	

Zlínská krajská rada osob se zdravotním postižením					
Delegovaný zástupce		Jméno:		Příjmení:	
Titul:		Funkce:			
Telefon:		Fax:	E-mail:	@	
Adresa pro zaslání pošty:		Ulice:			
		Místo:		PSČ:	

Olomoucká krajská rada osob se zdravotním postižením					
Delegovaný zástupce		Jméno:		Příjmení:	
Titul:		Funkce:			
Telefon:		Fax:	E-mail:	@	
Adresa pro zaslání pošty:		Ulice:			
		Místo:		PSČ:	

Moravskoslezská krajská rada osob se zdravotním postižením					
Delegovaný zástupce		Jméno:		Příjmení:	
Titul:		Funkce:			
Telefon:		Fax:	E-mail:	@	
Adresa pro zaslání pošty:		Ulice:			
		Místo:		PSČ:	