**AVALDUS**

Soovin astuda Eesti Tsöliaakia Seltsi liikmeks.

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

Sünniaeg………………………………………………………………………………………

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

Telefon ………………………………………………………………………………………..

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

Mul *on/ei ole* tsöliaakia diagnoositud  (see küsimus on vabatahtlik).

Kohustun täitma Eesti Tsöliaakia Seltsi põhikirja.

Olen tasunud Eesti Tsöliaakia Seltsi liikmemaksu.

Minu nime *võib/ei või* avaldada seltsi uudiskirjas seoses seltsi liikmeks astumisega.

Soovin, et mind *õnnitletakse/ei õnnitleta* seltsi uudiskirjas.

\*Infoks, et seltsi uudiskirja levitatakse vaid Eesti Tsöliaakia Seltsi liikmete listis.

Allkiri ………………………………………..

Kuupäev ……………………………………..

*Täidab avalduse esitaja*

Vastuvõtmise aeg ja kinnitus

………………………………………………………………………………………………….

*Täidab Eesti Tsöliaakia Seltsi esindaja*