

Příloha č. 5

Přihláška k zařazení do sítě

Centrum pro léčbu hemofilie a ostatních vrozených krvácivých poruch pro dospělé a (nebo) děti

Zdravotnické zařízení:

Pracoviště:

Úplná adresa:

ICZ:

DIČ:

Statutární zástupce:

Telefon: e-mail:

FAX:

Přihlašuji se tímto k zařazení do sítě:

- **CCC**
- **HTC**
- **PSP**