



## ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΠΑΡΑΠΛΗΓΙΚΩΝ ΚΥΠΡΟΥ (Ο.ΠΑ.Κ.)

τ.θ. 28410, 2094 Λευκωσία - Κύπρος, Τηλ: 22496494 Φαξ: 22423540

## CYPRUS PARAPLEGICS ORGANIZATION

p.o. box 28410, 2094 Nicosia - CYPRUS, Tel: 22496494 Fax: 22423540

email: mail@opak.org.cy

### ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΜΕΛΟΥΣ

Ο/Η υποφαινόμενος/η .....

Αφού μελέτησα το καταστατικό της ΟΠΑΚ δηλώνω ότι συμφωνώ με αυτό και ζητώ να γίνω μέλος εφ' όσον θεωρήσετε ότι πληρώ τους όρους.

Όνοματεπώνυμο: .....

Διεύθυνση κατοικίας: .....

Διεύθυνση εργασίας: .....

Τηλ. οικίας:..... Τηλ. εργασίας: .....

Ημερομηνία γέννησης: ..... Αριθμός δελτίου ταυτότητας: .....

Ημερομηνία ατυχήματος/ασθένειας: .....

Είδος αναπηρίας [παραπληγία/τετραπληγία]: .....

Αιτία αναπηρίας: .....

Υπογραφή αιτητή/αιτήτρια/κηδεμόνας

ημερομηνία

.....

.....

### ΤΟ ΠΙΟ ΚΑΤΩ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ ΓΙΑΤΡΟ

Ο/Η πιο πάνω είναι παραπληγικός/τετραπληγικός/ή .....

.....

.....

.....

σαν αποτέλεσμα τραύματος/ασθένειας [αναφέρατε την αιτία του τραύματος/είδος ασθένειας]:

.....

.....

.....

Επίπεδο κατάγματος/πάθησης: .....

Ημερομηνία ατυχήματος/ασθένειας: .....

Παρουσιάζει τα πιο κάτω [διαγράψτε όσα δεν συμφωνούν]:

πλήρη ανικανότητα να βαδίζει, διακινείται με τροχοκάθισμα, μπορεί να βαδίζει με ειδικά βοηθήματα για μικρές αποστάσεις, μπορεί να βαδίζει χωρίς βοηθήματα για μεγάλες αποστάσεις, έχει σοβαρή διαταραχή της αισθητικότητας στα παράλυτα μέρη, έχει σοβαρή διαταραχή των σφιγκτήρων.

Όνομα και τίτλος Ιατρού

Υπογραφή

.....

.....

Ημερομηνία: .....

### ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ Ο.ΠΑ.Κ.

Η πιο πάνω αίτηση εξετάστηκε από το Δ.Σ. της Ο.ΠΑ.Κ. σε συνεδρία του στις .....

και η απόφαση είναι:

**εγκρίνεται / δεν εγκρίνεται**

Πρόεδρος: .....

Γραμματέας: .....