



Formular

Për vullnetarizim në Kryqin e Kuq të Republikës së Maqedonisë së Veriut
OKKK / KCRMV _____

Të dhëna personale:																											
Emri:																											
Emri i prindit:																											
Mbiemri:																											
Gjinia:	<input type="checkbox"/> mashkull <input type="checkbox"/> femër																										
Kombësia:																											
Data e lindjes:																											
Profesioni:																											
Numri amë:																											
Fusha e interesit për vullnetarizim:																											
<table border="1"><tr><td>Diseminim KKA – PVH</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>KKA - PVH</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Siguri në male</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Siguri në ujë</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Gatishmëri dhe veprim në rast katastrofash</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Informim dhe komunikime</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Mobilizimi i fondeve</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Punë me të rinj</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Programe sociale – humanitare</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Programe shëndetësore – preventive</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Promovimi i dhurimit të gjakut</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Ndihma e parë</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Tjetër:</td><td></td></tr></table>		Diseminim KKA – PVH	<input type="checkbox"/>	KKA - PVH	<input type="checkbox"/>	Siguri në male	<input type="checkbox"/>	Siguri në ujë	<input type="checkbox"/>	Gatishmëri dhe veprim në rast katastrofash	<input type="checkbox"/>	Informim dhe komunikime	<input type="checkbox"/>	Mobilizimi i fondeve	<input type="checkbox"/>	Punë me të rinj	<input type="checkbox"/>	Programe sociale – humanitare	<input type="checkbox"/>	Programe shëndetësore – preventive	<input type="checkbox"/>	Promovimi i dhurimit të gjakut	<input type="checkbox"/>	Ndihma e parë	<input type="checkbox"/>	Tjetër:	
Diseminim KKA – PVH	<input type="checkbox"/>																										
KKA - PVH	<input type="checkbox"/>																										
Siguri në male	<input type="checkbox"/>																										
Siguri në ujë	<input type="checkbox"/>																										
Gatishmëri dhe veprim në rast katastrofash	<input type="checkbox"/>																										
Informim dhe komunikime	<input type="checkbox"/>																										
Mobilizimi i fondeve	<input type="checkbox"/>																										
Punë me të rinj	<input type="checkbox"/>																										
Programe sociale – humanitare	<input type="checkbox"/>																										
Programe shëndetësore – preventive	<input type="checkbox"/>																										
Promovimi i dhurimit të gjakut	<input type="checkbox"/>																										
Ndihma e parë	<input type="checkbox"/>																										
Tjetër:																											

Kontakti:	
Adresa e banimit:	
e-mail:	Telefoni:

* Deklaroj se pajtohem që të dhënat e mija të cilat ua dorëzoj të përdoren për evidentimin dhe përpunimin tuaj

Nënshkrimi: _____

Data: _____