



Пристапница

за волонтирање во Црвен крст на Република Северна Македонија
ООЦК / ЦКРСМ _____

Лични податоци:																											
Име:																											
Татково име:																											
Презиме:																											
Пол:	<input type="checkbox"/> машки <input type="checkbox"/> женски																										
Националност:																											
Датум на раѓање:																											
Професија:																											
Матичен број:																											
Поле на интерес за волонтирање:																											
<table border="1"><tr><td>Дисеминација ЦКА-ПХВ</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>ЦКА-ПХВ</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Безбедност на планина</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Безбедност на вода</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Подготвеност и дејствување во случај на катастрофи</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Информирање и комуникации</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Мобилизирање фондови</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Работа со млади</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Социјално- хуманитарни програми</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Здравствено- превентивни програми</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Промовирање на крводарителство</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Прва Помош</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Друго:</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>		Дисеминација ЦКА-ПХВ	<input type="checkbox"/>	ЦКА-ПХВ	<input type="checkbox"/>	Безбедност на планина	<input type="checkbox"/>	Безбедност на вода	<input type="checkbox"/>	Подготвеност и дејствување во случај на катастрофи	<input type="checkbox"/>	Информирање и комуникации	<input type="checkbox"/>	Мобилизирање фондови	<input type="checkbox"/>	Работа со млади	<input type="checkbox"/>	Социјално- хуманитарни програми	<input type="checkbox"/>	Здравствено- превентивни програми	<input type="checkbox"/>	Промовирање на крводарителство	<input type="checkbox"/>	Прва Помош	<input type="checkbox"/>	Друго:	<input type="checkbox"/>
Дисеминација ЦКА-ПХВ	<input type="checkbox"/>																										
ЦКА-ПХВ	<input type="checkbox"/>																										
Безбедност на планина	<input type="checkbox"/>																										
Безбедност на вода	<input type="checkbox"/>																										
Подготвеност и дејствување во случај на катастрофи	<input type="checkbox"/>																										
Информирање и комуникации	<input type="checkbox"/>																										
Мобилизирање фондови	<input type="checkbox"/>																										
Работа со млади	<input type="checkbox"/>																										
Социјално- хуманитарни програми	<input type="checkbox"/>																										
Здравствено- превентивни програми	<input type="checkbox"/>																										
Промовирање на крводарителство	<input type="checkbox"/>																										
Прва Помош	<input type="checkbox"/>																										
Друго:	<input type="checkbox"/>																										

Контакт:	
Адреса на живеење:	
e-mail адреса:	Телефон:

* Изјавувам дека се согласувам податоците кои ви ги доставувам да бидат употребени за ваша евиденција и обработка

Потпис: _____

Датум: _____