

Beitrittserklärung

Ich möchte **Mitglied der Cystischen Fibrose Hilfe OÖ** werden.

Ich erkenne damit die Vereinsstatuten an und bin einverstanden, dass meine Daten mittels EDV erfasst werden. Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Fotos, die im Rahmen von CF-Veranstaltungen gemacht werden und auf denen ich und/oder mein Kind zu sehen sind, können für Vereinszwecke (z. B. Homepage, Newsletter, Veranstaltungsberichte, ...) verwendet werden.

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Telefon/Handy

E-Mail

Straße/Nr.

Bundesland

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift (Ausdruck bitte handschriftlich unterzeichnen)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- PatientIn € 25,- jährlicher Mitgliedsbeitrag (ordentliche Mitglieder)
- Eltern € 25,- jährlicher Mitgliedsbeitrag (ordentliche Mitglieder)
- Verwandte, Freunde, Arzt/Ärztin/TherapeutIn/med. Berufe € 35,- jährlicher Mitgliedsbeitrag (außerordentliche Mitglieder)
- fördernde Mitglieder € 50,- jährlicher Mitgliedsbeitrag

Der Beitrag gilt für ordentliche Mitglieder bei CF-Betroffenen unter 18 Jahren als Familienbeitrag. Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr müssen CF-Betroffene selbst Mitglied werden, die Eltern bleiben (sofern nicht schriftlich gekündigt wird) weiterhin mit gleichen Rechten und Pflichten Mitglied der CF Hilfe OÖ.

Bei CF-Betroffenen unter 18 Jahren bitte ausfüllen:

Vor- und Nachname des/der CF-Betroffenen

Geburtsdatum

Für CF-Betroffene

Um eine umfassende Information aller Beteiligten zu gewährleisten, ersuchen wir Sie, nachstehend jene Personen/Institutionen zu nennen, die Sie medizinisch betreuen z.B. niedergelassene ÄrztInnen, Spitalsärzte/-ärztinnen, PhysiotherapeutInnen, Krankenkassen, u.a.

› Betreuendes CF-Zentrum: Betreuende/r CF-Ärztin/CF-Arzt:

› Betreuende/r PhysiotherapeutIn:

Name

Adresse bzw. Krankenhaus (PLZ, Ort, Str., Nr.)

› Betreuende/r PsychotherapeutIn:

Name

Adresse bzw. Krankenhaus (PLZ, Ort, Str., Nr.)

› Betreuende/r DiätologIn:

Name

Adresse bzw. Krankenhaus (PLZ, Ort, Str., Nr.)

› Betreuende/r praktische/r Arzt/Ärztin:

Name

Adresse (PLZ, Ort, Str., Nr.)

› Betreuende/r Facharzt/-ärztin:

Name

Adresse (PLZ, Ort, Str., Nr.)

› Apotheke Ihres Vertrauens (Es ist günstig, immer die gleiche Apotheke aufzusuchen, da in Notfällen besser geholfen wird, weil die Apotheke Ihre Situation kennt)

Name

Adresse (PLZ, Ort, Str., Nr.)

› Krankenkasse

Name

Bitte Beitrittserklärung senden oder mailen an:
Brigitte Mayr, Furling 11, 4293 Gutau, office@cystischefibrose.info