

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.

.....
Vor- und Zuname(n)

.....
Geburtsdatum

.....
Telefon/Fax/Handy

.....
E-Mail

.....
Straße

.....
Plz/Ort

.....
Bezirk/Bundesland

.....
Datum

.....
Unterschrift

- PatientIn € 20,- (ordentliche Mitglieder) *
- Eltern € 20,- (ordentliche Mitglieder) *
- Verwandte, Freunde, ArztIn/TherapeutIn € 35,- (außerordentliche Mitglieder) *
- fördernde Mitglieder € 75.- *

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Der Beitrag gilt für ordentliche Mitglieder bei CF-Betroffenen unter 18 Jahren als Familienbeitrag. Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr wird der CF-Betroffene selbst Mitglied, die Eltern können weiterhin mit gleichen Rechten und Pflichten Mitglied in der CF Hilfe OÖ bleiben.

Bei CF-Betroffenen unter 18 Jahren bitte ausfüllen:

.....
Name des/der CF-Betroffenen

.....
Geburtsdaten

FÜR CF-BETROFFENE

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

.....
Betreuendes CF-Zentrum/Arzt/Ärztin

.....
Betreuende PhysiotherapeutIn/DiätassistentIn/PsychotherapeutIn (Name, Adresse, Telefon)

.....
Betreuender praktischer Arzt/Ärztin (Name, Adresse, Telefon)

.....
Betreuender Facharzt/Ärztin (Name, Adresse, Telefon)

.....
Apotheke Ihres Vertrauens (Name, Inhaber, Adresse)

Es ist günstig, immer die gleiche Apotheke aufzusuchen, da in Notfällen besser geholfen wird. Der Apotheker/die Apothekerin kennt Ihre Situation.

.....
Krankenkasse

Bitte Beitrittserklärung senden oder mailen an:

Brigitte Mayr, Furling 11, 4293 Gutau, cfooe@cystischefibrose.at

Bankverbindung: Cystische Fibrose Hilfe OÖ
Raiffeisenbank Ennstal, Bankstelle Ternberg, Konto 1920784 – BLZ 34080
IBAN: AT04 3408 0000 0192 0784, BIC: RZOOAT2L080

