

An
Cystische Fibrose Hilfe
Wien, NÖ und N-Bgld
Obere Augartenstr. 26-28/13 (E.04)
A-1020 Wien
Tel. & Fax: 0043 1 33 26 376
E-Mail: cf-hilfe.wien@cystischefibrose.at
URL: www.cystischefibrose.at

BEITRITTSERKLÄRUNG

Antragsteller

Ich erkläre meinen Beitritt und anerkenne damit die Vereinsstatuten. Weiters bin ich einverstanden, dass meine Angaben mittels EDV zur Verwaltung der Mitglieder Daten erfasst werden. Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen. Meine Daten werden NICHT an Dritte weitergegeben.

Name: _____

Adresse: _____

Tel./Handy Arbeit: _____ Tel./Handy privat: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Beruf (optional): _____

Ich bin: Elternteil Patient Großelternanteil
 Verwandter unterstütz- Sonstiges
endes Mitglied

bitte wenden

CF – BETROFFENE(R)

Name: _____

Geburtsdatum: _____ betreuendes CF-Zentrum: _____

ÄRZTE

Name betreuender CF – Arzt (Kinderarzt): _____

Anschrift: _____

Tel /Handy: _____ E-Mail: _____

Name betreuender prakt. Arzt: _____

Anschrift: _____

Tel /Handy: _____ E-Mail: _____

SONSTIGE BEMERKUNGEN

Datum: _____ Unterschrift: _____