

An
Cystische Fibrose Hilfe
Wien, NÖ und N-Bgld
Obere Augartenstr. 26-28/13 (E.04)
A-1020 Wien

BEITRITTSERKLÄRUNG

ANTRAGSTELLER

Ich erkläre meinen Beitritt und anerkenne damit die Vereinsstatuten. Weiters bin ich einverstanden, dass meine Angaben mittels EDV zur Verwaltung der Mitgliederdaten sowie zum automations - unterstützten Datenverkehr im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000 i.d.g.F. erfasst werden.

Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen. Meine Daten werden vertraulich behandelt und NICHT an Dritte weitergegeben. Auf Anfrage erhalte ich unentgeltlich Auskunft zu den über mich gespeicherte personenbezogene Daten.

Name: _____

Adresse: _____

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

E-Mail: _____ Fax: _____

Beruf (optional): _____

Ich bin: Elternteil Patient Großelternanteil
 Verwandter unterstützendes Mitglied Sonstiges

CF – BETROFFENE(R)

Name: _____

Geburtsdatum: _____ betreuendes CF-Zentrum: _____

bitte wenden

ÄRZTE

Name betreuender CF – Arzt (Kinderarzt): _____

Anschrift: _____

Tel /Handy: _____ E-Mail: _____

Name betreuender prakt. Arzt: _____

Anschrift: _____

Tel /Handy: _____ E-Mail: _____

SONSTIGE BEMERKUNGEN

Datum: _____ Unterschrift: _____