

BEITRITTSFORMULAR

- Einzelperson (CHF 50.-/Jahr)
 Paar (CHF 80.-/Jahr)
 Einelternfamilie (CHF 70.-/Jahr)
 Familie (CHF 100.-/Jahr)

Mitgliederkategorie *

Aktivmitglied

(Patienten, Angehörige eines Patienten,
Fachpersonen)

Sympathisierendes Mitglied

(natürliche oder juristische Personen, die sich mit
den Zielen des Vereins identifizieren, aber nicht
Aktivmitglied sein können)

Titel *

Frau

Herr

Vorname *

Name *

Telefon

Mobiltelefon *

E-mail *

Strasse *

PLZ *

Ort *

Geburtsdatum *

 / /

Beruf *

Seltene Krankheit *

Ohne Krankheit

Mit Krankheit wenn ja, welche *

Verdacht auf seltene Krankheit

wenn ja, welche *

unbekannt

Nur auszufüllen, wenn Sie als Paar oder Familie beitreten

Partner/in

Frau Herr

Vorname *

Name *

Mobiltelefon

E-mail

Geburtsdatum *

 / /

Beruf *

Seltene Krankheit *

Ohne Krankheit

Mit Krankheit wenn ja, welche *

Verdacht auf seltene Krankheit

wenn ja, welche *

unbekannt

Nur auszufüllen, wenn Sie als Familie oder Einelternfamilie beitreten

Anzahl der Kinder (unter 18 Jahre alt)

Kind 1

Vorname *

Name *

Geburtsdatum (unter 18 Jahre alt) *

 / /

BEITRITTSFORMULAR

Seltene Krankheit *

Ohne Krankheit

Mit Krankheit wenn ja, welche *

Verdacht auf seltene Krankheit

wenn ja, welche *

unbekannt

Kind 2

Vorname *

Name *

Geburtsdatum (unter 18 Jahre alt) *

 / /

Seltene Krankheit *

Ohne Krankheit

Mit Krankheit wenn ja, welche *

Verdacht auf seltene Krankheit

wenn ja, welche *

unbekannt

Kind 3

Vorname *

Name *

Geburtsdatum (unter 18 Jahre alt) *

 / /

Seltene Krankheit *

Ohne Krankheit

Mit Krankheit wenn ja, welche *

Verdacht auf seltene Krankheit

wenn ja, welche *

unbekannt

Ich wünsche beizutreten als *

Person mit einer seltenen Krankheit

Angehörige/r

Verhältnis zur betroffenen Person *

Geburtsdatum der betroffenen Person *

 / /

Fachperson

Sind Sie Mitglied einer anderen Patientenorganisation? *

Nein

Ja wenn ja, welche? *

Anmerkungen

Ich bestätige hiermit, die Statuten von MaRaVal zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichte mich, diese einzuhalten.

Ort und Datum

Unterschrift