MaRaVal
maladies rares valais
seltene krankheiten wallis

ANMELDEFORMULAR
SPENDER:INNEN MIT PERSÖNLICHEM BEZUG

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

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

*Pflichtfeld

MaRaVal
maladies rares valais
seltene krankheiten wallis

ANMELDEFORMULAR
SPENDER:INNEN MIT PERSÖNLICHEM BEZUG

Nur für die Anmeldung als Paar oder Familie auszufüllen

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 für die Anmeldung als Familie oder Alleinerziehende:r auszufüllen

Anzahl der Kinder (unter 18 Jahre alt)

Kind 1

Vorname *

Name *

Geburtsdatum (unter 18 Jahre alt) *

/ /

*Pflichtfeld

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

*Pflichtfeld

MaRaVal
maladies rares valais
seltene krankheiten wallis

ANMELDEFORMULAR
SPENDER:INNEN MIT PERSÖNLICHEM BEZUG

Ich beantrage meine Anmeldung 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

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars stimme ich zu, Informationen von MaRaVal per E-Mail zu erhalten.

Ort und Datum

Unterschrift

*Pflichtfeld