

Beitrittserklärung



Selbsthilfeorganisation für Menschen mit
Anästhesie und Morbus Hirschsprung
Schweiz / Suisse / Svizzera

Betroffene Person

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Gebrechen:

Strasse: PLZ: Ort:

Telefon privat: Mobil:

E-Mail:

Der Vorstand darf mich zur Kontaktaufnahme mit Betroffenen kontaktieren. Ja Nein

Eltern / Erziehungsberechtigte

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Telefon privat: Mobil:

E-Mail:

Der Vorstand darf mich zur Kontaktaufnahme mit Betroffenen kontaktieren. Ja Nein

Name: Vorname:

Strasse: PLZ: Ort:

Telefon privat: Mobil:

E-Mail:

Der Vorstand darf mich zur Kontaktaufnahme mit Betroffenen kontaktieren. Ja Nein

Mit dem Einzahlen des Mitgliederbeitrages für das laufende Vereinsjahr beginnt die Mitgliedschaft bei Sam Suisse. Die Rechnung wird nach Erhalt des ausgefüllten Beitrittsformulars per E-Mail verschickt.

Ich möchte dem WhatsApp Chat für Aktiv-Mitglieder beigefügt werden. Ja Nein

Der Chat soll dazu beitragen, dass sich Betroffene und / oder deren Angehörige unkompliziert austauschen und vernetzen können.

Name: Mobil:

Ort, Datum: Unterschrift: