

**ANMELDEFORMULAR MITGLIEDSCHAFT**

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Die Beantwortung folgender Punkte dient dem Verein zur Vernetzung von Informationen.

Die Antworten werden vertraulich behandelt.

Wir sind betroffenen Eltern

Name, Geburtstag des betroffenen Kindes

Angaben zur Krankheit, Versorgung (Art der Pflege, medizinische Versorgung, Betreuendes Spital,...)

Geschwisterkinder: Name / Geburtstag

Sie dürfen unsere Telefonnummer und Mailadresse weitergeben, wenn Sie von jemanden in einer ähnlichen Situation angefragt werden.

Bevor unsere Kontaktdaten weitergegeben werden, möchten wir kontaktiert werden.

Wir sind nicht betroffen. Gerne dürfen Sie uns aber um Unterstützung anfragen.

Die Zahlung erfolgt via Rechnung: Mitgliedschaft CHF 50.- pro Familie/Kalenderjahr

Wir haben die Statuten zur Kenntnis genommen.

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_