

Beitrittserklärung

Ich möchte **Mitglied der Cystischen Fibrose Hilfe OÖ** werden. Ich erkenne damit die Vereinsstatuten an und bin einverstanden, dass meine Daten mittels EDV erfasst und im Sinne der Ziele der CF Hilfe OÖ verwendet werden (zB für Mitgliederverwaltung, Vereinsinformationen, Newsletter, Tätigkeitsberichte,...). Ich stimme zu, dass fotografisches und filmisches Material, das im Rahmen von CF-Veranstaltungen aufgenommen wird und auf denen ich und/oder mein Kind zu sehen sind, für Vereinszwecke (zB für Homepage, Newsletter, Veranstaltungsberichte, ...) verwendet werden dürfen (Die Datenschutzerklärung der CF Hilfe OÖ ist auf der Website www.cystischefibrose.info nachzulesen).

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Telefon/Handy

E-Mail

Straße/Nr.

Bundesland

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift (Ausdruck bitte handschriftlich unterzeichnen)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Patient*in € 25,- jährlicher Mitgliedsbeitrag (ordentliche Mitglieder)
- Eltern € 25,- jährlicher Mitgliedsbeitrag (ordentliche Mitglieder)
- Verwandte, Freunde, Arzt/Ärztin/Therapeut*in/med. Berufe € 35,- jährlicher Mitgliedsbeitrag (außerordentliche Mitglieder)
- fördernde Mitglieder € 50,- jährlicher Mitgliedsbeitrag

Der Beitrag gilt für ordentliche Mitglieder bei CF-Betroffenen unter 18 Jahren als Familienbeitrag. Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr müssen CF-Betroffene selbst Mitglied werden, um zB Zuschüsse weiterhin zu erhalten. Die Eltern bleiben (sofern nicht schriftlich gekündigt wird) weiterhin mit gleichen Rechten und Pflichten Mitglied der CF Hilfe OÖ. Die Unterstützungsbeträge der ao und fördernden Mitglieder sind als Spenden abzugsfähig und werden von uns jährlich an das Finanzamt jährlich gemeldet.

Bei CF-Betroffenen unter 18 Jahren bitte ausfüllen:

Vor- und Nachname des/der CF-Betroffenen

Geburtsdatum

Für CF-Betroffene

Um eine umfassende Information aller Beteiligten zu gewährleisten, ersuchen wir Sie, nachstehend jene Personen/Institutionen zu nennen, die Sie medizinisch betreuen z.B. niedergelassene Arzt/Ärztin, Spitalsarzt/-ärztin, Physiotherapeut*innen, Krankenkassen, u.a.

› Betreuendes CF-Zentrum:

Betreuende/r CF-Ärztin/CF-Arzt:

› Betreuende/Physiotherapeut*in:

Name

Adresse bzw. Krankenhaus (PLZ, Ort, Str., Nr.)

› Betreuende/r Psychotherapeut*in:

Name

Adresse bzw. Krankenhaus (PLZ, Ort, Str., Nr.)

› Betreuende/r Diätolog*in:

Name

Adresse bzw. Krankenhaus (PLZ, Ort, Str., Nr.)

› Betreuende/r praktische/r Arzt/Ärztin:

Name

Adresse (PLZ, Ort, Str., Nr.)

› Betreuende/r Facharzt/-ärztin:

Name

Adresse (PLZ, Ort, Str., Nr.)

› Krankenkasse

Name

Bitte Beitrittserklärung senden oder mailen an Vorstandsmitglied:

Claudia Strauß, ElInkam 13, 4654 Bad Wimsbach-Neydharting,
office@cystischefibrose.info

TIPP: Es ist günstig, immer die gleiche Apotheke aufzusuchen, da in Notfällen besser geholfen wird, weil die Apotheke Sie und Ihre Situation kennt.