

MITGLIEDSCHAFTSFORMULAR EINZELMITGLIEDER FORMULAIRE "MEMBRE INDIVIDUEL"

Der/Die Unterzeichnende erklärt hiermit den Beitritt zur **Cystische Fibrose Schweiz (CFS)** und verpflichtet sich, den Jahresbeitrag von CHF 40.— zu entrichten (für erwachsene Betroffene freiwillig). Wer Mitglied der CFS ist, erhält dreimaljährlich unser Bulletin. Einzelmitglieder sind an der Generalversammlung stimmberechtigt. Sie profitieren zudem von unserem kostenlosen CF-spezifischen Bücher-, Video- und Dokumentationsverleih.

Le/la soussigné/e déclare vouloir adhérer à la **Mucoviscidose Suisse (MVS)** et consent à payer la cotisation annuelle de CHF 40.— (facultative pour les patients atteintes par la mucoviscidose). Celui qui est membre des MVS, reçoit trois fois par an notre bulletin. Comme membre individuel vous avez le droit de vote à l'assemblée générale. En outre, vous pouvez appeler à notre service de documentation, livres et vidéos.

Name I Nom..... Vorname I Prénom

Strasse/Nr. I Rue/N°

PLZ/Ort I Code postal/lieu

Tel. Nr. I N° de téléphone E-Mail

Ich bin selbst CF-Betroffener I Je suis atteint(e) par la mucoviscidose Ja I Oui Nein I Non

Geburtsdatum I Date de naissance

Wir sind Eltern eines CF-Kindes I Nous sommes parents d'un enfant atteint Ja I Oui Nein I Non

Name des CF-Kindes I Nom de l'enfant atteint.....

Geburtsdatum des CF-Kindes I Date de naissance de l'enfant atteint

Ich bin im Umfeld einer CF-betroffenen Person I Je suis en relation avec une personne atteinte

Ja I Oui Nein I Non

Ich wünsche Kontaktaufnahme durch die Regionalgruppenleitung.

J'aimerais que le responsable du groupe régional prenne contact avec moi.

Bemerkungen I Commentaire.....

Ort und Datum / Lieu et Date.....

Unterschrift/Signature

Bitte rücksenden an Cystische Fibrose Schweiz (CFS)/ Svp renvoyer à Mucoviscidose Suisse (MVS)