

Marathon

Patientenorganisation für neuromuskuläre Erkrankungen
Krankenhausstr. 26, 4020 LINZ

Beitrittserklärung

	Vorname	Nachname	Geburtstag
Eltern			
Eltern			
Betroffene/r			
Betroffene/r			
Geschwister			
Geschwister			
Krankheit			
Anschrift		PLZ	Ort
Telefon		E-Mail	

Wir sind einverstanden, dass Bilder und Videos, die bei Veranstaltungen von Marathon gemacht wurden und auf denen Mitglieder unserer Familie zu erkennen sind, auf der Homepage der Patientenorganisation Marathon veröffentlicht werden. Sollten einzelne veröffentlichte Fotos von uns nicht gewünscht werden, werden sie umgehend entfernt.

Unsere Daten (Name, Wohnort, Geburtstag des Betroffenen, Krankheit) werden den Mitgliedern der Patientenorganisation weitergegeben, um eine Kennenlernen von anderen Betroffenen zu ermöglichen. (Wenn nicht einverstanden: Bitte durchstreichen, auch teilweise möglich)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meinen Beitritt zur Patientenorganisation MARATHON.

Ort

Datum

Unterschrift