



Deutsche Syringomyelie und Chiari Malformation e.V.

Gemeinnützige Selbsthilfeorganisation auf Bundesebene

Vereinsitz: DSCM e.V., Hofstraße 11, 41363 Jüchen, E-Mail: info@dscm-ev.de

An
DSCM e.V.
Susen Meyer
Bruneärmel 5a
37431 Bad Lauterberg

Beitrittserklärung zur „Deutsche Syringomyelie und Chiari Malformation e.V.“

(Bitte ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und per Post an obige Adresse senden.)

Form with fields for personal data, membership options, and payment details.

Auf der nächsten Seite würden wir gerne etwas mehr über Sie erfahren... aber nur, wenn Sie es möchten.

Auf dieser Seite würden wir gerne etwas mehr über Sie erfahren... **aber nur, wenn Sie es möchten.**

Erlerner Beruf	<input type="text"/>	
Letzte bzw. jetzige Tätigkeit	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Teilrente <input type="checkbox"/> EU-Rente	
Bin betroffen von	<input type="checkbox"/> Syringomyelie <input type="checkbox"/> Chiari Malformation <input type="checkbox"/> Nicht selbst betroffen	
Behindertengrad	<input type="text"/>	
Pflegestufe	<input type="text"/>	
Als „chronisch krank“ bei der KK gemeldet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Behandelnde Ärzte und Kliniken	<input type="text"/>	
Was erwarten bzw. erhoffen Sie sich vom DSCM e.V.	<input type="text"/>	
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam	<input type="text"/>	
Wären Sie damit einverstanden, dass der DSCM e.V. Ihre Kommunikationsdaten an andere Mitglieder zum Zwecke des Erfahrungsaustauschs weiter gibt?	<input type="checkbox"/> Nein, auf gar keinen Fall ! <input type="checkbox"/> Ja, meine Telefonnummer <input type="checkbox"/> Ja, meine E-Mail-Adresse	Eine Zustimmung ist natürlich jederzeit widerrufbar und selbstverständlich werden Ihre Daten bei uns ansonsten absolut vertraulich behandelt.
Ort - Datum	<input type="text"/>	- <input type="text"/>
Unterschrift	<input type="text"/>	