

Antrag auf Mitgliedschaft

Bitte hier ihre Daten in Blockbuchstaben eintragen

Name:		
Titel:		
Vorname:		
Straße:		
PLZ+Ort:		
Telefon:		
Fax:		
Mobile:		
E-mail:		

Ich bin (zutreffendes bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Patientin	<input type="checkbox"/> Multiples Myelom
	<input type="checkbox"/> Lymphom
<input type="checkbox"/> Angehörige/r	<input type="checkbox"/> Unterstützer/in

Es werden keine Mitgliedsbeiträge eingehoben!

Ich beantrage die ordentliche Mitgliedschaft:

Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller/ Antragstellerin

Bitte um Rücksendung an:
 Myelom- und Lymphomhilfe Österreich
 Hervicusgasse 2/19, 1120 Wien
 oder per E-Mail an
info@myelom-lymphom.at

www.myelom-lymphom.at

ZVR Nr. 847140381