



## MITGLIEDSCHAFTSFORMULAR EINZELMITGLIEDER FORMULAIRE "MEMBRE INDIVIDUEL"

Der/Die Unterzeichnende erklärt hiermit den Beitritt zur **Schweizerischen Gesellschaft für Cystische Fibrose (CFCH)** und verpflichtet sich, den Jahresbeitrag von CHF 40.— zu entrichten (für erwachsene Betroffene freiwillig). Wer Mitglied der CFCH ist, erhält vierteljährlich 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 **Société Suisse pour la Mucoviscidose (CFCH)** et consent à payer la cotisation annuelle de CHF 40.— (facultative pour les patients adultes CF). Celui qui est membre des CFCH, reçoit trimestriellement 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 und Vorname

Nom et prénom

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Rue/N°

N° postal/localité

Tel.

E-Mail

Ich bin selbst CF-Betroffener Ja  Nein

Wir sind Eltern eines CF-Kindes Ja  Nein

Je suis atteint(e) par la Mucoviscidose Oui  Non

Nous sommes parents d'un enfant atteint Oui  Non

Bin im Umfeld eines CFlers: Ja  Nein

Je suis en relation avec une personne att.: Oui  Non

Name des Kindes

Nom de l'enfant

Geburtsjahr (-datum) bei CF-Kindern/-Erwachsenen

Année de naissance (- date) pour des enfants/adultes avec Mucoviscidose

Behandelndes CF-Zentrum

Centre CF traitant

Bemerkungen / Commentaire

Ort und Datum / Lieu et Date

Unterschrift/Signature

**Rücksenden an** Schweizerische Gesellschaft für Cystische Fibrose, Geschäftsstelle, Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8

**Renvoyer à** Société Suisse pour la Mucoviscidose, Secrétariat, Altenbergstrasse 29, Case Postale 686, 3000 Berne 8