

## BEITRITTSFORMULAR

- Einzelperson (CHF 50.-/Jahr)  
 Paar (CHF 80.-/Jahr)  
 Einelternfamilie (CHF 70.-/Jahr)  
 Familie (CHF 100.-/Jahr)

### Mitgliederkategorie \*

Aktivmitglied

(Patienten, Angehörige eines Patienten, Fachpersonen)

Sympathisierendes Mitglied

(natürliche oder juristische Personen, die sich mit den Zielen des Vereins identifizieren, aber nicht Aktivmitglied sein können)

### Titel \*

Frau

Herr

### Vorname \*

### Name \*

### Telefon

### Mobiltelefon \*

### E-mail \*

### Strasse \*

### PLZ \*

### Ort \*

### Geburtsdatum \*

 /  / 

### Beruf \*

### Seltene Krankheit \*

Ohne Krankheit

Mit Krankheit wenn ja, welche \*

Verdacht auf seltene Krankheit

wenn ja, welche \*

unbekannt

---

Nur auszufüllen, wenn Sie als Paar oder Familie beitreten

### Partner/in

Frau       Herr

Vorname \*

Name \*

Mobiltelefon

E-mail

Geburtsdatum \*

 /  / 

Beruf \*

Seltene Krankheit \*

Ohne Krankheit

Mit Krankheit      wenn ja, welche \*

Verdacht auf seltene Krankheit

wenn ja, welche \*

unbekannt

---

Nur auszufüllen, wenn Sie als Familie oder Einelternfamilie beitreten

Anzahl der Kinder (unter 18 Jahre alt)

### Kind 1

Vorname \*

Name \*

Geburtsdatum (unter 18 Jahre alt) \*

 /  /

Seltene Krankheit \*

Ohne Krankheit

Mit Krankheit wenn ja, welche \*

Verdacht auf seltene Krankheit

wenn ja, welche \*

 

unbekannt

Kind 2

Vorname \*

Name \*

Geburtsdatum (unter 18 Jahre alt) \*

 /  / 

Seltene Krankheit \*

Ohne Krankheit

Mit Krankheit wenn ja, welche \*

Verdacht auf seltene Krankheit

wenn ja, welche \*

 

unbekannt

Kind 3

Vorname \*

Name \*

Geburtsdatum (unter 18 Jahre alt) \*

 /  / 

Seltene Krankheit \*

Ohne Krankheit

Mit Krankheit wenn ja, welche \*

Verdacht auf seltene Krankheit

wenn ja, welche \*

 

unbekannt

Ich wünsche beizutreten als \*

Person mit einer seltenen Krankheit

Angehörige/r

Verhältnis zur betroffenen Person \*

Geburtsdatum der betroffenen Person \*

 /  / 

Fachperson

Sind Sie Mitglied einer anderen Patientenorganisation? \*

Nein

Ja wenn ja, welche? \*

Anmerkungen

Ich bestätige hiermit, die Statuten von MaRaVal zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichte mich, diese einzuhalten.

Ort und Datum

Unterschrift