



InSeNSU

Interessengemeinschaft Selbsthilfe für Patientinnen
und Patienten mit Nebenschilddrüsenunterfunktion

Frauke Sieger
Zum Mühlenacker 9
27619 Schiffdorf
Tel.: 04706-1704
E-Mail: sieger@insensu.de
<http://www.insensu.de>

Mitgliedschafts-Wunsch:

Ich

Name:

Geburtsdatum:

Postleitzahl und Wohnort:

Straße und Hausnummer

Telefon:

E-Mail:

möchte InSeNSU-Mitglied werden und bin (*bitte Kreuz vor zutreffende Angabe setzen*)

Patient/in mit Nebenschilddrüsenunterfunktion, Nebenschilddrüsenüberfunktion,
 Angehörige/r oder Bekannte/r von betroffenen Patientinnen/Patienten, Ärztin/Arzt.

Ich habe als Patient/in die Möglichkeit am InSeNSU-Erfahrungsaustausch und (so weit vorhanden) an Treffen regionaler Gruppen teilzunehmen.

Ich verpflichte mich, Angaben von Mitpatienten, insbesondere deren Telefon-Nummer und E-Mail-Adresse nicht ohne deren Einverständnis an Personen oder Einrichtungen außerhalb der Gruppe, insbesondere nicht an Firmen zu Werbezwecken weiterzugeben.

Die aktuellen juristischen Hinweise zum InSeNSU-Angebot habe ich zur Kenntnis genommen.

Wenn meine Daten sich ändern, teile ich dies umgehend schriftlich mit.

Ort, Datum

Unterschrift

(Die Mitgliedschaft ist kostenfrei. Bitte Kopie des ausgefüllten Formulars für die eigenen Unterlagen machen und Original per Post an obige Adresse senden. Ausgefülltes Formular bitte nicht nur per E-Mail zuschicken!)