

Aanmeldformulier Belangengroep M.E.N



Benodigde gegevens:

Uw gegevens:

*de gegevens met een * zijn minimaal nodig voor het voeren van onze ledenadministratie*

aanhef* #	Familie <input type="checkbox"/>	De heer <input type="checkbox"/>	Mevrouw <input type="checkbox"/>	# Aankruisen wat van toepassing is
voorletters*	<input type="text"/>			Geboortedatum* <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
tussenvoegsels*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Roepnaam	<input type="text"/>
achternaam*	<input type="text"/>			
meisjesnaam	<input type="text"/>			
adres en huisnummer*	<input type="text"/>			
postcode*	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
woonplaats*	<input type="text"/>			
land*	Nederland <input type="checkbox"/>	België <input type="checkbox"/>	Anders:	<input type="text"/>
telefoonnummer*	<input type="text"/>			
mobiel nummer	<input type="text"/>			
bank/girorekeningnummer*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
e-mailadres*	<input type="text"/>			
ingangsdatum lidmaatschap	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Ziekenhuis:	<input type="text"/>	
lidmaatschapsvorm* #	gezinslidmaatschap <input type="checkbox"/>	: aantal gezinsleden*: <input type="text"/>	Individueel lidmaatschap <input type="checkbox"/>	
ziektebeeld* #	MEN 1 <input type="checkbox"/>	MEN 2a <input type="checkbox"/>	MEN 2b <input type="checkbox"/>	Geen MEN <input type="checkbox"/> schildklierkanker <input type="checkbox"/> onbekend <input type="checkbox"/>
datum ingevuld*	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			
handtekening*	<hr/>			

Ik verleen hierbij tot schriftelijke wederopzegging een algemene machtiging aan Belangengroep M.E.N. om bedragen van mijn bankrekening af te schrijven wegens contributie.

Wilt u op de ommezijde de gegevens van de overige gezinsleden vermelden?

U kunt dit ingevulde aanmeldformulier versturen naar onderstaand adres. Wij gaan zeer zorgvuldig en vertrouwelijk met uw gegevens om.

