

Medlemsformular

Patientforening Ectodermal Dysplasi Danmark

Stiftet 18. september 2010

Medlemskontingent:

Udfyld nedenstående felter for at blive medlem af ED Danmark. Du kan vælge mellem to typer medlemskaber. Hvis du blot ønsker at støtte vores foreningsarbejde, skal du udfylde felterne under "støttemedlem". Vi anbefaler, at du læser siderne grundigt igennem for at sikre, at alt er korrekt udfyldt. **OBS.** Felter markeret med * skal udfyldes.

Vælg medlemskab *

Personligt medlemskab:

Medlemskabet gælder for **den specifikke person** der angives i formularen.

100 kr/år

Jeg ønsker dette medlemskab: ☐

Familiemedlemskab:

Medlemskabet gælder for **den specifikke person, samt dens normale husstand.**

300 kr/år

Jeg ønsker dette medlemskab: ☐

Jeg vil gerne betale kontingentet på følgende måde: *

☐ **Danske bank: Konto nr. 1551 - 11158757** – venligst tilmeld betalingen via PBS.

☐ Andet, venligst anfør:

Ja, jeg er indforstået med at mit medlemskab vil fornyes automatisk: ☐

Jeg er indforstået med at mit medlemskab fornyes automatisk, og at jeg ved årsskiftet vil modtage en e-mail med en faktura og opkrævning for mit medlemskab for det kommende år. Jeg er indforstået med at den automatiske fornyelse til hver en tid kan opsiges ved at jeg sender skriftlig anmodning til ED Danmark's bestyrelse via bestyrelsen@ed-danmark.dk

Personlige medlemsoplysninger:

Medlem 1: Hovedmedlem

Fulde navn: *

Fødselsdag (MM/DD/ÅÅÅÅ): *

Jeg er pårørende: ☐

Jeg har selv ED: ☐ ED-type:

Adresse: *

Post nr. & by: *

Telefon: *

E-mail: *

Evt. hjemmeside:

Andet:

Medlemsnr. (Udfyldes af foreningen):

Personlige medlemsoplysninger, skal udfyldes ved familietilmelding:

Medlem 2:

Fulde navn:

Fødselsdag (MM/DD/ÅÅÅÅ)

Jeg har ED:

☐

ED-type:

Medlem 3:

Fulde navn:

Fødselsdag (MM/DD/ÅÅÅÅ)

Jeg har ED:

☐

ED-type:

Medlem 4:

Fulde navn:

Fødselsdag (MM/DD/ÅÅÅÅ)

Jeg har ED:

☐

ED-type:

Medlem 5:

Fulde navn:

Fødselsdag (MM/DD/ÅÅÅÅ)

Jeg har ED:

☐

ED-type:

Medlem 6:

Fulde navn:

Fødselsdag (MM/DD/ÅÅÅÅ)

Jeg har ED:

☐

ED-type:

Jeg bekræfter ved min underskrift / indmelding at være bekendt med de gældende vedtægter for patient foreningen ED-Danmark ([ED-Danmark.dk](https://www.ed-danmark.dk)).

Vedtægter kan enten downloades via [linket her](#) eller rekvireres via mail til en i den siddende bestyrelse.

Tavshedspligt:

Foreningen har tavshedspligt og alle oplysninger anvendes kun internt til foreningsbrug og udleveres ikke til tredjepart. Medlemsoplysninger og stamdata udleveres ej, med mindre dette udbedes skriftligt fra det anførte hovedmedlem under pågældende medlems nummer.

Gyldighed:

Medlemskab er gyldigt når indbetaling er registreret på foreningens konto og / eller når ansøgende medlem har modtaget bekræftelse med medlemsnummer fra foreningen.

Tak for din medlemsstøtte til Patientforening Ectodermal Dysplasi Danmark