



---

## BEITRITTSERKLÄRUNG

### Ich / wir möchten Mitglied der SNFV werde(n):

Name ..... Vorname .....

Strasse ..... PLZ ..... Wohnort .....

Tel. Privat ..... Tel. Geschäft .....

E-Mail .....

### Ich / wir trete(n) bei als:

- Einzelmitglied  
CHF 30.- pro Jahr
- Paar-/Familienmitglied  
CHF 50.- pro Jahr
- Passiv-/Gönnermitglied  
(Höhe des Beitrages nach freiem Ermessen)

### Ergänzende Angaben (freiwillig):

- Beitritt als Betroffene(r)
- Beitritt als Angehörige(r)
- Beitritt als Gönner(in)
- Beitritt als Fachperson (nähere Bezeichnung): .....

**Ort / Datum**

.....

**Unterschrift**

.....

### Bitte einsenden an:

SNFV  
Schweizerische Neurofibromatose-Vereinigung  
c/o Verena Wittwer-Schmid  
Wiesenstrasse 20  
CH-3098 Köniz