



Lipladies

Selbsthilfegruppe Lipödem



Beitrittserklärung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Facebook-Name

Strasse

Wohnort

PLZ

Telefon

E-Mail

Lipödem-Diagnose seit: Durch welchen Arzt?

Beruf *

Stadium?*

Operiert? ja / nein *

Wenn operiert:

Wo?*

Welche Areale?*

Wieviele OP's?

Einverständniserklärung:

- Ich bin damit einverstanden / nicht einverstanden, dass die obigen Angaben für die SHG-Interne Adressliste verwendet und an die SHG-Mitglieder weitergegeben werden darf.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Lipladies mich per Newsletter über Aktionen / Informationen informieren dürfen.
- Ich bin damit einverstanden/nicht einverstanden, dass Bilder, welche während eines Treffens gemacht wurden, auf der Homepage der Lipladies veröffentlicht werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

Die mit * gekennzeichneten Angaben, sind freiwillig