

Aanmeldingsformulier nieuw lid

Naam:

Adres:

Postcode + woonplaats:

Telefoonnummer:

Emailadres:

Naam kind (indien van toepassing):

Geboortedatum:

Geslacht: (aankruisen welke van toepassing is) man vrouw

Syndroom: (aankruisen welke van toepassing is)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apert syndroom | <input type="checkbox"/> Muenke syndroom | <input type="checkbox"/> Crouzon syndroom |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffer syndroom | <input type="checkbox"/> Seatre Chotzen syndroom | <input type="checkbox"/> Carpenter syndroom |
| <input type="checkbox"/> Craniofrontonasaal syndroom | <input type="checkbox"/> Bootschedel | <input type="checkbox"/> Wigschedel |
| <input type="checkbox"/> Anterieure plagiocephalie | <input type="checkbox"/> Lambdoidnaad synostose (Pachycephalie) | |
| <input type="checkbox"/> Encephalocelen | <input type="checkbox"/> Midline en oblique aangezichtsspleten | |
| <input type="checkbox"/> Binder syndroom | <input type="checkbox"/> Goldenhar | <input type="checkbox"/> Hemifaciale Microsomie |
| <input type="checkbox"/> Treacher Collins syndroom | <input type="checkbox"/> Nager syndroom | <input type="checkbox"/> Burn-McKeown syndroom |
| <input type="checkbox"/> Pierre Robin sequentie | <input type="checkbox"/> Progressive hemifaciale atrofie | |
| <input type="checkbox"/> Microtie en Atresie | <input type="checkbox"/> Anders of onbekend:..... | |

Mogen uw gegevens worden gebruikt voor ledencontact?

(aankruisen welke van toepassing is) ja nee

Ingevuld formulier mailen naar: leden@laposa.nl

LAPOSA

LANDELIJKE PATIENTEN- EN OUDERVERENIGING VOOR SCHEDEL- EN / OF AANGEZICHTSAFWIJKINGEN

Ingeschreven KvK nr. 40239393, Giro: 175 265

Edwin van Dessel (Penningmeester) Perziklaan 4, 3723 VD Bilthoven

e-mail: penningmeester@laposa.nl

tel: 030 - 2742637



Naam:	Vereniging Laposa		
Adres:	p/a Perziklaan 4		
Postcode:	3723 VD	Plaats:	Bilthoven
Land:	Nederland	Incassant ID:	NL17ZZZ402393930000
Kenmerk machtiging			
Reden betaling	Lidmaatschap Laposa		

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan de vereniging Laposa om één maal per jaar een incasso-opdracht te sturen naar uw bank voor het innen van de jaarlijkse contributie voor zo lang u lid bent van de vereniging Laposa.

Als u het onverhoopt niet eens bent met de afschrijving, kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank om de voorwaarden.

Naam:			
Adres:			
Postcode:		Plaats:	
Land:			
IBAN:			
BIC:			
Plaats en datum:		Handtekening:	