



Beratungstelefon für Mitglieder: Montag bis Freitag: 09.00 bis 11.00 Uhr
 IG Zöliakie der Deutschen Schweiz
 Güterstrasse 141
 CH - 4053 Basel
 Telefon: +41 (0) 61 271 62 17
 Mail: sekretariat@zoeliakie.ch
 WWW: www.zoeliakie.ch
 Mobil: m.zoeliakie.ch

Beratungstelefon für Mitglieder: Montag bis Freitag: 09.00 bis 11.00 Uhr

Beitrittserklärung

Ich beantrage eine Mitgliedschaft bei der IG Zöliakie der Deutschen Schweiz:

Antragsteller/in

Frau Herr Familie Organisation:

Vorname _____ Nachname _____
 Strasse _____ Postfach _____
 PLZ _____ Wohnort _____
 ☎ Telefon _____ Mobil _____
 E-Mail _____
 Geburtsdatum _____

- Ich beantrage die Mitgliedschaft und bezahle CHF 80.00 pro Jahr
 Ich bestelle zusätzlich das Handbuch Zöliakie zu CHF 48.00 (einmaliger Betrag inkl. Porto)

Der Mitgliederbeitrag wird jährlich in Rechnung gestellt. Pro Beitrittserklärung wird ein Jahresbeitrag verrechnet. Sind mehrere Familienmitglieder betroffen, gilt an der Generalversammlung eine Stimme pro bezahltem Jahresbeitrag.

Ort, Datum _____ Unterschrift ✍ _____

Betroffene/r

(Mehrfachnennung möglich)

- ich bin selbst betroffen (Personalien und Adresse wie oben)
 Zöliakie Dermatitis Herpetiformis Duhring Anderes: _____
 ich bin / wir sind beruflich interessiert als:
- Ernährungsberater/in
 - Arzt / Ärztin
 - Spital / Praxis
 - _____

ich bin Mutter / Vater / wir sind Eltern eines betroffenen Kindes / betroffener Kinder

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum des Kindes _____
 Name des Kindes: _____ Geburtsdatum des Kindes _____

- anderes: Partner/in ist betroffen
 anderes Familienmitglied ist betroffen: _____
 Name und Geburtsdatum des Betroffenen: _____

⇒ **bitte wenden!**



Beratungstelefon für Mitglieder: Montag bis Freitag: 09.00 bis 11.00 Uhr
IG Zöliakie Telefon: +41 (0) 61 271 62 17
der Deutschen Schweiz Mail: sekretariat@zoeliakie.ch
Güterstrasse 141 WWW: www.zoeliakie.ch
CH - 4053 Basel Mobil: m.zoeliakie.ch

Beratungstelefon für Mitglieder: Montag bis Freitag: 09.00 bis 11.00 Uhr

Weitere Angaben (freiwillig)

Wie zufrieden sind Sie mit der ärztlichen und medizinischen Betreuung?

- ☹ sehr unzufrieden
- ☹ unzufrieden
- 😐 mittelmässig zufrieden
- ☺ zufrieden
- ☺ sehr zufrieden

Ich wünsche, dass die IG Zöliakie meinem Arzt / meiner Ärztin / meiner Ernährungsberatung Informationsmaterial zustellt.

Arzt/Ärztin:

Frau Herr

Ernährungsberatung:

Frau Herr

Name: _____

Name: _____

Adresse: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

PLZ/Ort: _____

Haben Sie bestimmte Wünsche oder Erwartungen an die IG Zöliakie?

Die IG Zöliakie bietet neben den Angeboten für alle Mitglieder auch altersspezifische Aktivitäten.

Für Kinder bis zu 16 Jahren und deren Eltern: www.zoelikids.ch

Für Jugendliche und junge Erwachsene 18- 30 Jahre: www.zoeliakie.ch/jugend

Unsere Adresse darf an den elektronischen Verteiler von Zölikids respektive Zöliakie-Jugend weitergegeben werden:

Ja Nein

Ich möchte in den Verteiler der Regionalgruppe _____ aufgenommen werden.

Ich melde mich selbständig bei einer Regionalgruppe an – die Adressen der regionalen Kontaktpersonen finde ich auf Seite 4 vom „Zöliakie-Info“.

Herzlichen Dank für das Ausfüllen der Fragen!

Bitte senden an:

IG Zöliakie der Deutschen Schweiz

Güterstrasse 141

CH-4053 Basel

FAX 061 271 62 18

Email: sekretariat@zoeliakie.ch