

Anmeldung zur Selbsthilfegruppe

- Ich interessiere mich für den Besuch der Selbsthilfegruppe für
Lymphombetroffene und Angehörige in _____
- Ich bin Patientin/Patient Ich bin Mitbetroffener (Angehöriger, Freund)
- Treffen 1 x im Monat Treffen jeden 2. Monat
- Ich möchte mich aktiv engagieren
-

Meine Anschrift (Bitte in Blockschrift)

Vorname/Name:

Strasse/Plz/Ort:

Telefon/FAX/Email:

Evtl. Diagnose:

Ort/Datum:
