

**POLIO Selbsthilfe e.V.**

Beratungs- und Geschäftsstelle  
Auf den Hüchten 15  
33647 Bielefeld

HIERMIT BEANTRAGE ICH DIE MITGLIEDSCHAFT IM BUNDESVERBAND POLIO SELBSTHILFE E.V.

ICH BIN  BETROFFENER  ANGEHÖRIGER  FÖRDERER  KÖRPERSCHAFT  
(UNTERNEHMEN/VEREINE)

VORNAME, NAME \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

STRASSE, HAUSNUMMER \_\_\_\_\_

PLZ, WOHNORT (FIRMENSITZ) \_\_\_\_\_

BERUF \_\_\_\_\_

FAMILIENSTAND \_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_ TELEFAX \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

WURDE DAS POST-POLIO-SYNDROM BEI IHNEN DIAGNOSTIZIERT?

Ja  Nein

WENN JA, WER HAT DIE DIAGNOSE GESTELLT?

NAME DER ÄRZTIN / DES ARZTES DER DIE DIAGNOSE GESTELLT HAT (KLINIK / ORT)

IHRE KURZDIAGNOSE (FÜR BERATUNGSZWECKE)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

WURDEN SIE BEREITS MITTELS EINER EISERNEN LUNGE BEATMET?

Ja  Nein

ICH BIN ROLLSTUHLFAHRER/IN

Ja  Nein  Zeitweise

BESITZEN SIE EINEN SCHWERBEHINDERTENAUSWEIS MIT DEM  
MERKZEICHEN aG FÜR AUSSERGEWÖHNLICHE GEHBEHINDERUNG?

Ja  Nein

JÄHRLICHER MINDESTBEITRAG FÜR MITGLIEDER

- 30,00 Euro BETROFFENE  
 12,00 Euro ANGEHÖRIGE  
 30,00 Euro FÖRDERER  
 100,00 Euro UNTERNEHMEN/VEREINE

ICH BEZAHLE ZUSÄTZLICH EINEN BETRAG VON

10,00 Euro  20,00 Euro  30,00 Euro  
 \_\_\_\_\_ Euro

ICH ZEICHNE EINE EINMALIGE SPENDE VON

\_\_\_\_\_ Euro

ICH BEZAHLE PER BANKEINZUG \*

IBAN: \_\_\_\_\_

oder

BANK: \_\_\_\_\_

KTO: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ DATUM | UNTERSCHRIFT