



## Antrag auf Mitgliedschaft

Name

Vorname

Adresse

Postleitzahl

Ort

Land

Kanton

Geburtsdatum

Telefon

Handy

Geschlecht

F

M

E-mail

Gesprochene Sprachen

**Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in die Sjögren-Syndroms Westschweizerische  
Vereinigung**

Mitgliederbeitrag: CHF 30.- pro Jahr

Der Mitgliederbeitrag ist auf unser Postkonto zu entrichten :

**17-245810-7**

**IBAN CH64 0900 0000 1724 5810 7**

Bitte, geben Sie Ihre Name und Vorname auf dem Eizahlungsschein an und schreiben Sie  
„Mitgliederbeitrag“ im Feld „Zahlungszweck“ des Einzahlungsscheines auf.

Wir bestätigen Ihnen Ihre Mitgliedschaft der Vereinigung in den Wochen nach Eingang Ihres Formulars  
und Ihres Mitgliederbeitrags.

Wie sind Sie auf uns gestossen?

Haben Sie einen Internetzugang?

ja

nein

*Ihre Angaben sind vertraulich und können auf Anfrage jederzeit geändert werden.*

## Ihre Informationen sind für uns wertvoll!

Der folgender Fragebogen ist freiwillig. Diese Daten sind unerlässlich für unseren Zweck und werden für statistische Zwecke genutzt. Sie sind vertraulich.

Ich bin eine(r) Sjögren-Syndrom-Betroffene:  ja  nein  vielleicht

Ich bin eine(r) Sicca-Syndrom-Betroffene (trockene Augen und/oder trockenes Mund):  ja  nein  vielleicht

Sind Sie von einer anderen Autoimmunerkrankung betroffen?

Sind Sie von einer anderen Erkrankung betroffen, die nicht autoimmun ist?

Wann wurde das Syndrom festgestellt?

Nach Ihrer Meinung, wann hat Ihr Syndrom begonnen?

Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihren Aktivitäten oder mit Ihrer Arbeit wegen des Syndroms?

viele  ziemlich viele  ein wenig  wenige  keine

Kennten Sie schon andere Sjögren-Syndrom-Betroffenen bevor uns kontaktiert zu haben?  ja  nein

Was erwarten Sie von dieser Vereinigung?

Ich möchte mich auf die "**Kontakt Liste**" eintragen (**nur für Mitglieder der Vereinigung**) um vielleicht mit anderen Mitglieder in Berührung zu kommen. Hier sind meine Informationen (bitte kreuzen), die ich der Vereinigung erlaube, sie mit den anderen Mitglieder mitzuteilen. Diese Informationen werden auf der "Kontakt Liste" stehen:

Vorname  Name  Handy  E-mail  Wenn Sie ein(e) Betroffene(r) sind  
 Adresse  Ort  Telefon

Wir haben auch eine "**Sjögren-Syndrom-Netz**" Liste. **Diese Liste ist für Mitglieder der Vereinigung UND für Leute die keine Mitglieder sind aber haben sich auf dieser Liste eingetragen.** Auf dieser Liste stehen Basisdaten: Vorname, Ort, Betroffene oder nicht, ARSYS mitglied oder nicht und mindestens eine dieser 3 folgenden Informationen (die informiert werden muss). **Diese Liste ist privat:** nur angemeldete Personen und ARSYS Mitglieder haben Zugang zu dieser Liste.

**Ich möchte auf der "Sjögren-Syndrom-Netz" Liste stehen; meine Angaben können auf Anfrage jederzeit geändert oder gelöscht werden.**

Wählen Sie mindestens eine dieser 3 folgenden Informationen für diese Liste wenn sie eintragen:  Telefon  Handy  E-mail

Bitte, senden an : **Association Romande du Syndrome de Sjögren  
1800 Vevey**

oder per E-mail: **info@sjogren.ch**

*Um dieses Antragsformular per E-mail zu senden, füllen Sie es aus, drücken sie es als PDF Datei aus und verschicken uns diese Datei als E-mail-Anhang. Wenn Sie das Formular nicht als PDF Dateien ausdrücken können, drücken Sie es und senden Sie es per Post.*

*Bitte, überprüfen Sie, dass die Datei die uns senden gut lesbar ist. Danke.*