

Richiesta di adesione all'Associazione Lichen Sclerosus

Con la presente inoltro la richiesta di adesione all'Associazione Lichen Sclerosus quale

Lichen sclerosus **Lichen planus/ruber** **Vulvodinia** **non ancora chiaro**
(diverse possibili risposte)

Nome

Cognome

Via e nr

Nazione

Cantone/Regione

NAP

Domicilio

Data di nascita

maschile

femminile

Indirizzo Email

Professione (facoltativo)

Nome utente (nessun indirizzo e-mail)

Mi concerne ciò che segue:

Colpito/colpita personalmente (con diagnosi medica) dal
Colpito/colpita personalmente (ancora senza diagnosi medica)
Madre/padre di un figlio figlia colpito /a nato/a il
Medico/terapista
Partenario/famiglia

Prendo atto che la quota annuale (anno corrente del versamento) attuale di adesione quale socio all'Associazione ammonta in Svizzera a CHF 40.00/ in Europa a 35.00 EUR.

Ho letto attentamente le regolamentazioni sul tema protezione dati (vedi sotto "diventare membro") e sono d'accordo con quanto esposto.

Firma / Data / Luogo

(Il nome digitato
conta come firma)

Domande facoltative : **Ecco come sono venuto/a a conoscenza dell'Associazione di Lichen Sclerosus** (più risposte possibili):

Ho immesso nel motore di ricerca in internet i miei sintomi (p.es. prurito, bruciori, dolori)
Ho cercato concretamente informazioni in internet sulla malattia del Lichen scleroatrofico
Ho letto un articolo sulla malattia e sull'Associazione. In quale giornale/rivista?
Ho visto in televisione una trasmissione sul tema del LS. Su che emissione/canale televisivo?

Il mio medico mi ha dato un flyer dell'Associazione (facoltative)
Instagram/facebook/Linkedin
Altro

Inoltro la richiesta a:

Associazione Lichen Sclerosus, Segreteria centrale Bleicheweg 6, CH-5605 Dottikon

o per Mail/Scan a : mitglieder@lichensclerosus.ch