



REGISTRERINGSSKJEMA FOR NYE MEDLEMMER

Etternavn: _____

Fornavn: _____

Fødselsdato)6 siffer): _____

Adresse: _____

Postnr/sted: _____

Kommune: _____

Innmeldt dato: _____

Telefon nummer: _____

privat: _____

Mobil: _____

E-post adresse: _____

Hvilket forhold har du til EB. Har diagnose selv: _____

Eventuelt hvilken diagnose: _____

Annet forhold til EB: _____

Skjemaet sendest til:

Kris Aaseth

Søndre Sætrevei 12

3475 Sætre

jan.aaseth@altiboxmail.no