



## ANMÄLNINGSTALONG FÖR MEDLEMSKAP I ILCO!

Ange här nedan med ett X vad som gäller för dig! Fyll även i namn, adress, telefonnummer och födelseår och även mobil och e-post om du vill.

Medlemskapet kostar 200:-/år. Familjemedlemskap 300:-/år.

För barn upp till 18 år är det viktigt att det är barnet som blir medlem bl.a. för att vi ska kunna skicka inbjudan till familjedagar och läger. Minst en förälders namn måste också anges.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ileostomi                                       | <input type="checkbox"/> Ej stomiopererad. Ange diagnos t. ex. Analatresi, Blåsextrofi, Ulcerös colit, Crohn's o.s.v. |
| <input type="checkbox"/> Kontinent ileostomi                             |   |
| <input type="checkbox"/> Colostomi                                       |   |
| <input type="checkbox"/> Colonreservoar                                  | .....   |
| <input type="checkbox"/> Urostomi  |   |
| <input type="checkbox"/> Kontinent urostomi                              | <input type="checkbox"/> Stödande medlem.   |
| <input type="checkbox"/> Blåssubstitut                                   | <input type="checkbox"/> Önskar familjemedlemskap   |
| <input type="checkbox"/> Ileo pouch anal anastomos, IPAA, Bäckrenservoar | Namn familjemedlemmar   |
| <input type="checkbox"/> Ileo rektal anastomos, IRA                      | .....   |
|  | .....   |
| <input type="checkbox"/> Annat, ange vad som gäller för dig:             | <input type="checkbox"/> Jag vill ha en personlig kontakt.  |
| .....  | För föräldrar:  |
| .....  | <input type="checkbox"/> Jag vill ha kontakt med en stöd/kontaktförälder.   |

Namn: .....

Adress: .....

Postnr: .....

Ort: .....

Telefon:.....

Ev. Mobil:.....

Ev. e-post:.....

Födelseår: .....

Målsmans namn:

(För medlemmar under 18 år)

.....

Sänd anmälan till: ILCO, Box 1386, 172 27 Sundbyberg

Din anmälan behandlas på ILCOs kansli med högsta diskretion och under självklar tystnadsplikt.