

## Formulier ledenadministratie Patiëntenvereniging HOOFD-HALS

---

In onderstaand formulier vragen wij u om een aantal gegevens in te vullen voor de communicatie tussen u en de Patiëntenvereniging Hoofd-Hals.

### Algemeen

Naam, Voorletter(s):.....  M  V

Staatnaam en huisnummer:.....

Postcode en woonplaats : .....

Telefoonnummer : ..... Mobiel : .....

E-mail ..... Geboortedatum : .....

De drie pijlers van onze vereniging zijn belangenbehartiging, informatievoorziening en lotgenotencontact. Informatie en ervaringen van onze leden zijn belangrijk om deze taken goed uit te kunnen voeren. Om u gericht informatie te kunnen sturen vragen wij u aan te geven met welke vorm van kanker u ervaring heeft.

Wij slaan deze informatie op in ons administratiesysteem. Deze gegevens zijn alleen in te zien door de medewerkers die daar toestemming voor hebben. U mag te allen tijde aangeven dat de informatie uit ons systeem moet worden gehaald.

### **Invullen van onderstaande gegevens is niet verplicht.**

Met welke vorm van hoofd-hals kanker heeft u ervaring?

- mondholte (lipkanker, tongkanker, mondkanker)
- keelholte (keelkanker, hoge slokdarm)
- strottenhoofd (strottenhoofdkanker, tracheotomie)
- speekselklieren
- neusholte (neuskanker)
- oor

Zijn uw stembanden verwijderd?  ja  nee

Heeft u moeite met eten en drinken?  ja  nee

Hieronder kunt u extra informatie delen met ons. ....

.....

.....

.....

.....

.....

**Ervaringen delen:**

Als wij u ook mogen benaderen voor het delen van uw ervaring voor bijvoorbeeld lotgenotencontact en wetenschappelijk onderzoek dan vragen wij u onderstaande gegevens in te vullen. Dit is niet verplicht.

U kunt hieronder aangeven waar u ervaring mee heeft. Bijvoorbeeld: Operatie, Bestraling, Chemotherapie.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Vrijwilliger:**

- Mogen wij u (in de toekomst) benaderen voor vrijwilligerswerk voor onze vereniging? Bijvoorbeeld voor patiëntenvoorlichting, lotgenotencontact, werkzaamheden voor de website en/of redactie?

ja    nee    weet ik nog niet

Wij zijn steeds op zoek naar mensen die actief kunnen zijn in de vereniging. Dit kan ook een naaste of familielid zijn. Misschien kent u iemand die wij mogen benaderen?

Naam .....

Telefoonnummer.....

E-mail.....

**\*Ondertekening:**

Natuurlijk worden uw gegevens vertrouwelijk behandeld, alleen intern gebruikt en niet aan anderen verstrekt. Zie ook <https://pvhh.nl/privacyverklaring/>

Ik ga akkoord dat de PVHH deze gegevens opneemt in de ledenadministratie van de PVHH.

Datum

Handtekening

## DOORLOPENDE MACHTIGING JAARLIJKSE INNING CONTRIBUTIE Patiëntenvereniging HOOFD-HALS

Ondergetekende,

Tenaamstelling, zoals dit op uw bankrekening vermeld staat:

Voorletters en achternaam: .....

Straatnaam en huisnummer: .....

Postcode en woonplaats:.....

Bankrekeningnummer(IBAN):.....

Verleent hierbij tot wederopzegging machtiging aan:

Patiëntenvereniging HOOFD-HALS te Utrecht  
ten gunste van rekeningnummer: NL 34 RABO 0174 942 435  
Incassant ID: NL5ZZZ411500500000

van zijn/haar rekening bedragen af te schrijven wegens de jaarlijkse contributie van de patiëntenvereniging HOOFD-HALS ingaande per datum van ondertekening van dit formulier.

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> <b>€ 35,- (minimale jaarbijdrage)</b> <input type="checkbox"/> <b>€ 40,-</b> <input type="checkbox"/> <b>€ 50,-</b> <input type="checkbox"/> <b>65,-</b><br><input type="checkbox"/> <b>Anders: €.....</b> |
|---|

Het is ondergetekende bekend, dat hij/zij een verzoek tot terugboeking van de afschrijving tot zijn/haar bank kan richten, binnen een maand na deze afschrijving.

Datum: .....                      Handtekening: .....

U kunt dit formulier mailen naar [ledenadministratie@pvhh.nl](mailto:ledenadministratie@pvhh.nl) of sturen naar Patiëntenvereniging PVHH, Antwoordnummer 4076, 3500 VB Utrecht (postzegel niet nodig)