

**Dieses Formular bitte gut leserlich ausfüllen, zutreffendes ankreuzen und unterschrieben zurücksenden an:**

LEONA e.V. – Kontaktvermittlung  
Bianca Pietryga  
Rügener Zeile 64

26388 Wilhelmshaven

**AUFNAHME IN DIE KONTAKTVERMITTLUNGSDATEI**  
(von einer Mitgliedschaft unabhängig)

- Ich / Wir möchte/n in die Kontaktvermittlungsdatei aufgenommen werden und erkläre/n mich / uns damit einverstanden, dass meine / unsere Adresse an betroffene Eltern weitergegeben wird.

Name des Kindes \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Syndrom \_\_\_\_\_

evtl. verstorben am \_\_\_\_\_

Pränataldiagnostik \_\_\_\_\_ SSW

Abbruch  Totgeburt \_\_\_\_\_ SSW

Besondere Merkmale, Probleme,  
Kontaktvermittlungswünsche u.ä.:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Ich / Wir möchte/n Mitglied werden,  
- der Mitgliedsbeitrag beträgt z.Zt. 40,- € jährlich.
- und bin Geschwister zwischen 18 und 25 Jahre und somit beitragsfrei
- und bin selbst betroffene/r Erwachsene/r und somit beitragsfrei

Ich / Wir möchte/n spenden: \_\_\_\_\_ €  
 einmalig  jährlich

- Ich/Wir bitte/n um Zusendung des Eltern-Info-Heftes (für Mitglieder kostenlos, für Kontaktfamilien im ersten Jahr kostenlos, danach nur auf Anforderung per E-mail oder Fax)

Ich / Wir ermächtige/n hiermit bis auf Widerruf LEONA e.V., den Mitgliedsbeitrag / die Spende von meinem / unseren Konto abzubuchen.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

- Als Kontaktfamilie / Mitglied bitte/n ich / wir um die Zusendung der Zugangsdaten für das LEONA-Forum im Internet per E-Mail.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_