

Udfyldes og indsendes til:

Høreforeningen
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup

www.hoeforeningen.dk
mail@hoeforeningen.dk

Tlf.: 36 75 42 00
Fax: 36 38 85 80

Undertegnede indmelder sig hermed i Høreforeningen

Navn:.....

Adresse:.....

Postnr.:..... By:.....

Tlf./mobil:..... E-mail:.....

Fødselsdata/Cpr.nr. (Min. fødselsårstal):.....

Jeg/vi..... (sæt gerne flere krydser):

har en hørenedsættelse / er høreapparatbruger

har en svær hørenedsættelse

er døvbleven

har CI - Cochlear Implant

har tinnitus

har menière

er støjfølsom

Familiemedlemskab ønskes (Et familiemedlemskab dækker alle med samme folkeregisteradresse. Ønskes et familiemedlemskab bedes nedenstående udfyldes):

ægtefælle/samlever

barn/børn har høretab

barn/børn har CI

Navn:.....Cpr.nr.:

Navn:.....Cpr.nr.:

Navn:.....Cpr.nr.:

Navn:.....Cpr.nr.:

Dato:..... **Underskrift:**.....