

An
Cystische Fibrose Hilfe
Wien, NÖ und N-Bgld
Obere Augartenstr. 26-28/13 (E.04)
A-1020 Wien

UNTERSTÜTZUNGSANTRAG für die TEILNAHME an einer STUDIE

ANTRAGSTELLER

Name: _____

Adresse: _____

CF Betroffener: _____

Mitglied bei der CF Hilfe Wien, NÖ u. N-Bgld: ja nein

ICH ERSUCHE UM EINEN ZUSCHUSS FÜR

Teilnahme an der Studie: _____

Im Zeitraum von _____ bis _____ wurden insgesamt _____ Kontrollen in
der CF Ambulanz der Universitätskinderklinik / des Wilhelminenspitals durchgeführt.

Datum _____

Unterschrift des behandelnden Arztes

Bitte wenden!

Hinweis: Unterstützungen werden **nur Mitgliedern** der **CF Hilfe Wien, NÖ u. N-Bgld. gewährt**. Die Einreichfrist endet am **30.11.** des jeweiligen Jahres. Mir ist bewusst dass es mit Antragstellung zu einer Datenverarbeitung der bekannt gegebenen Daten im Sinne der DSGVO im für die Bearbeitung des Antrags notwendigen Umfang kommt. Dieser Datenverarbeitung stimme ich durch Antragstellung zu.

BANKVERBINDUNG

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers