



MYELOMA  
EURONET

## Formulario para solicitar la afiliación

La afiliación a Myeloma Euronet es totalmente gratuita.

Por favor, envíe este formulario debidamente cumplimentado a [info@myeloma-euronet.org](mailto:info@myeloma-euronet.org). Si prefiere imprimirlo, le rogamos que lo rellene con LETRAS MAYÚSCULAS y lo envíe por fax al ++ 49 (0) 30 / 28 87 97 66 o por correo a:

**Myeloma Euronet**  
**c/o Robert Schäfer**  
**Brunnenstrasse 178/179**  
**D-10119 Berlin**  
**Alemania**

### 1. Su Organización

<b>Nombre de la Organización:</b> (en inglés)	
<b>Nombre de la Organización:</b> (en su idioma)	
<b>Enfermedad:</b> (p. ej. mieloma múltiple / plasmocitoma / enfermedad de Kahler; leucemia; linfoma no Hodgkin; cáncer de sangre en general)	
<b>Ubicación geográfica</b> (local o nacional):	
<b>Página web:</b>	
<b>Dirección de correo electrónico:</b>	
<b>Dirección postal:</b>	
<b>Número de teléfono</b> (incluir prefijo del país):	
<b>Número de fax:</b>	
<b>Presidente / Director de la Organización</b>	

### 2. Su representante de Myeloma Euronet

<b>Nombre:</b>	
<b>Cargo:</b>	
<b>Dirección directa de correo electrónico:</b>	
<b>Teléfono directo:</b>	
<b>Fax directo:</b>	

**3. Resumen de los objetivos y actividades de su organización (en inglés):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Tipo de afiliación que solicita (marque la casilla con una “X”)**

Por favor, asegúrese de que cumple los requisitos para afiliarse a Myeloma Euronet ([http://www.myeloma-euronet.org/es/myeloma-euronet/mg\\_membership.php](http://www.myeloma-euronet.org/es/myeloma-euronet/mg_membership.php))

- Miembro de pleno derecho
- Miembro asociado
- Miembro de apoyo
- Miembro individual

**5. Afiliaciones existentes (marque la casilla con una “X”)**

¿Su organización es miembro de otras organizaciones?

- No
- Sí – En caso afirmativo: Enumere las organizaciones en las que su organización participa como miembro.

**¿Hay otros grupos u organizaciones que son miembros de su organización?**

- No
- Sí – En caso afirmativo: Enumere los grupos u organizaciones que son miembros de su organización.

**¿A cuántos pacientes, aproximadamente, representa su organización?**

.....

**6. Confirmación y firma**

**Por la presente certifico que la información que aquí se facilita es veraz y que mi organización cumple los requisitos para ser Miembro de Myeloma Euronet, conforme a lo especificado anteriormente.**

**Firmado:** .....

**Nombre y cargo:** .....

**Lugar, fecha:** .....

- Si va a enviar el formulario por correo electrónico, escriba su nombre en el espacio reservado para la firma y marque con una “X” la casilla en lugar de firmar. Marcar esta casilla equivale a estampar su firma, e indica que acepta la declaración que se cita más arriba.