



Ansökan om medlemskap i Narkolepsiföreningen

Huvudmedlem

Namn	Personnummer
Adress	Postnr och postort
Telefonnummer	Mobilnummer
Mejladress	
Datum och underskrift	

Anmäld till Läkemedelsförsäkringen
Narkolepsidiagnos i följd av vaccination med
Pandemrix

Ja Nej

Ja Nej

Familjemedlem Stödmedlem

Namn	Födelseår
Adress	Postnr och postort
Telefonnummer	Mobilnummer
Mejladress	
Datum och underskrift	



Ansökan om medlemskap i Narkolepsiföreningen

Familjemedlem

Stödmedlem

Namn	Födelseår
Adress	Postnr och postort
Telefonnummer	Mobilnummer
Mejladress	
Datum och underskrift	