

ANSØGNINGSSKEMA TIL NYREFORENINGENS MEDLEMSREJSE TIL MADEIRA, NOVEMBER 2021

DELTAGER 1

Efternavn: _____

Fornavn/e: _____

Alder: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mobil (Oplys venligst nr. på den mobil, du medbringer på rejsen): _____

E-mail: _____

JEG ER (sæt kryds):

I hæmodialyse

Hvor mange dialyser ønsker du pr. uge på rejsen. Angiv venligst antal: _____

Nogle klinikker modtager ikke dialysepatienter med HIV, Hepatitis eller MRSA. Har du/har du haft én eller flere af de nævnte diagnoser, bedes du kontakte sekretariatet allerede ved ansøgning om plads på rejsen. Vi vil i så fald rette henvendelse til klinikken, inden vi tilbyder dig plads på turen.

I posedialyse

Medbringes apparat, varmetaske, stativ eller andet til posedialysen skal du kontakte sekretariatet med præcis angivelse af, hvad der medbringes samt vægt og mål.

Transplanteret **Nyresyg på anden vis**

Hvilket sygehus og afdeling er du tilknyttet: _____

Direkte telefonnummer til afdelingen: _____

Angiv venligst:

Hvis du skal have diabetikermad på flyet

Om du medbringer: Rollator Kørestol

Hvis du er gangbesværet og har behov for assistance i lufthavnen

OBS: Bruger du kørestol/rollator, udfyldes kørestolsskemaet.

EVENTUEL DELTAGER 2

Efternavn: _____

Fornavn/e: _____

Alder: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mobil (Oplys venligst nr. på den mobil, du medbringer på rejsen): _____

E-mail: _____

JEG ER (sæt kryds):

Ikke nyresyg

I hæmodialyse

Hvor mange dialyser ønsker du pr. uge på rejsen. Angiv venligst antal: _____

Nogle klinikker modtager ikke dialysepatienter med HIV, Hepatitis eller MRSA. Har du/har du haft én eller flere af de nævnte diagnoser, bedes du kontakte sekretariatet allerede ved ansøgning om plads på rejsen. Vi vil i så fald rette henvendelse til klinikken, inden vi tilbyder dig plads på turen.

I posedialyse

Medbringes apparat, varmetaske, stativ eller andet til posedialysen skal du kontakte sekretariatet med præcis angivelse af, hvad der medbringes samt vægt og mål.

Transplanteret **Nyresyg på anden vis**

Hvilket sygehus og afdeling er du tilknyttet: _____

Direkte telefonnummer til afdelingen: _____

Angiv venligst:

Hvis du skal have diabetikermad på flyet

Om du medbringer: Rollator Kørestol

Hvis du er gangbesværet og har behov for assistance i lufthavnen

OBS: Bruger du kørestol/rollator, udfyldes kørestolsskemaet.

Jeg/vi vil rejse i: 1 uge 2 uger

Jeg/vi ønsker standardværelse eller værelse med havudsigt

Tillægsprisen for værelse med havudsigt fremgår af rejseopslaget. Der er et begrænset antal værelser med havudsigt.

OBS. Hvis du rejser alene, vil du automatisk blive tildelt eneværelse. Tillægspris for eneværelse fremgår af rejseopslaget. Der er ikke mulighed for tilkøb af havudsigt på denne rejse, hvis man rejser alene.

Er du kørestolsbruger og har særlige behov til værelset (dørbredde, brusebad/badekar, badestol m.m.), skal det angives her: _____

Der er ikke garanti for, at vi kan få et tilstrækkeligt antal værelser, der tilgodeser særlige behov ift. tilgængelighed. Det er derfor vigtigt, at disse værelser først og fremmest tildeles de deltagere, der ellers ikke kan deltage i turen. Du/I bedes derfor venligst angive, såfremt din/jeres deltagelse afhænger af, at der kan anvises et værelse, der opfylder de kriterier, du har angivet.

Min deltagelse i rejsen afhænger af, at der kan anvises et værelse, der opfylder de angivne krav:

Ja Nej

KONTAKTPERSON I DANMARK ITILFÆLDE AF SYGDOM/ULYKKE

Navn: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mail: _____

DELTAGERLISTE TIL UDSENDELSE

Udarbejdelse af en deltagerliste med kontaktinformationer forudsætter dit samtykke til, at vi må videregive dit navn og kontaktinformationer til de øvrige deltagere. Deltagerlisten udsendes sammen med billetterne og omfatter kun deltagere, der har givet samtykke.

Deltager 1 giver hermed tilladelse til, at følgende oplysninger må videregives til de øvrige rejsedeltagere:

Navn Adresse Telefon Mailadresse

Deltager 2 giver hermed tilladelse til, at følgende oplysninger må videregives til de øvrige rejsedeltagere:

Navn Adresse Telefon Mailadresse

FORSIKRINGER

Forsikring er ikke inkluderet i prisen. Nyreforeningen anbefaler, at du/I tegner en årsrejse- og afbestillingsforsikring gennem dit eget forsikringselskab. Der kan ikke tilkøbes forsikring gennem Nyreforeningen.

BETINGELSER OG VILKÅR

- Rejsen er kun for medlemmer af Nyreforeningen. Er du ikke medlem, kan du blive det. Bliv medlem via nyre.dk/bliv-medlem eller ved at ringe til sekretariatet på tlf. 43 52 42 52.
- Du skal være selvhjulpnen eller have en hjælper med.

- Du/I er først tilmeldt rejsen, når du/I har modtaget og betalt faktura. Tilmelding og betaling er bindende. Nyreforeningen refunderer **ikke** rejsens omkostninger, hvis du eller din ledsager bliver forhindret i at rejse.
- Hvis du er i hæmodialyse reserverer Nyreforeningen plads til dig på en privatklinik på destinationen, der modtager det blå sygesikringskort. Din reservation forudsætter, at fristerne for indsendelse af relevante dokumenter (kopi af pas og det blå sygesikringskort samt medicinske oplysninger herunder blodprøvesvar m.m.) overholdes. Du vil sammen med opkrævning for rejsen modtage en oversigt over, hvilke dokumenter der skal fremsendes, hvornår de skal fremsendes og hvor til. I mange tilfælde vil din stamafdeling være behjælpelig med at få fremsendt dokumenterne, men det er dit ansvar at sikre, at dokumenterne når frem til klinikken i tide.

I forbindelse med, at jeg søger om plads på rejsen, giver jeg samtidig **mit samtykke til, at I må videregive mine oplysninger** til relevante samarbejdspartnere og medarrangører (Se også vores privatlivspolitik på nyre.dk/privatlivspolitik/) med henblik på rejsens tilrettelæggelse og gennemførelse. Jeg bekræfter ligeledes at have **læst og accepteret vilkår og betingelser for tilmelding og deltagelse** som beskrevet i ovenstående:

Deltager 1 - Dato og underskrift

Deltager 2 - Dato og underskrift

Send ansøgningskemaet med post:

Nyreforeningen
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup

PS. Pladserne fordeles først efter ansøgningsfristens udløb.