

<b>För föreningens anteckningar</b>	
-------------------------------------	--

Vänligen texta!

## SÖKANDE

## MEDSÖKANDE

Namn		Namn	
Personnummer		Personnummer	
Yrke	Mobilnummer	Yrke	Mobilnummer
E-post		E-post	

Bostadsadress		Postnummer och ortsadress	
Telefon bostad	Giftermål år-månad-dag	<input type="checkbox"/> Kyrklig <input type="checkbox"/> Borgerlig	Barn, födelsedatum <input type="checkbox"/> Biologiskt <input type="checkbox"/> Adopterat

Jag/Vi önskar barn i åldern .....

Nedanstående länder är de som BFA har auktorisation för.  
För mer information ang resp land vänligen se vår hemsida, [www.bfa.se](http://www.bfa.se).

Länder som jag/vi är intresserade av:

<input type="checkbox"/> Taiwan	<input type="checkbox"/> Indien	<input type="checkbox"/> Ungern	
<input type="checkbox"/> Thailand	<input type="checkbox"/> Tjeckien		

Infertilitetsintyg eller intyg från läkare att det är olämpligt eller förenat med svårigheter för mig/oss att få biologiska barn

kan skaffas     kan inte skaffas

**Medgivandeutredning**     inte begärd ännu     begärd     påbörjad

Jag/Vi har fått medgivande den.....

Mitt/Vårt medgivande är     öppet (ej åldersbegränsat)     åldersbegränsat, ålder på barnet.....

för syskonpar

**OBS!** Om utredningen är klar, bifoga en kopia samt en kopia av sammanträdesprotokoll och läkarintyget.

Aktuell socialnämnd	Utredarens namn
---------------------	-----------------

Jag/Vi ger föreningen tillstånd att fortlöpande registrera sådana uppgifter om mig/oss som namn, adress, personnummer, barnets namn, personnummer, ankomstdag, barnhemmets namn, ev medlemskap i BFA, fadderbarnsengagemang och medlemsnummer i sina register.

Ort och datum

Sökandens underskrift	Medsökandens underskrift
-----------------------	--------------------------

Adoptionssökandeavgiften på 3 250 kr (2 800 kr sökandeavgift och 450 kr i medlemsavgift) betalas till PG 42 02 86-7  
Ange ert namn som referens vid betalningen.