



Kehlkopferierte Mittelhessen e.V.

Mitglied im Bundesverband Kehlkopf- und Kopf-Hals-Tumore e. V.

Aufnahmeantrag

(Bitte deutlich schreiben, zutreffendes ankreuzen)

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt als Mitglied ab dem ____ . ____ . ____
im Verein der "Kehlkopferierte Mittelhessen e.V"

als Betroffener

als Fördermitglied

als Angehöriger

Name : _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Straße : _____ PLZ.: _____ Wohnort : _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Anmerkung: Die Beantwortung der medizinischen Fragen ist freiwillig.

Operationsdatum: _____ Klinik: _____

Totalentfernung Teilentfernung Laserbehandlung Bestrahlung Chemotherapie

Ersatzstimme: Ruktus Stimmprothese elektronische Sprechhilfe Keines der angegebenen

Beruf ausgeübt: _____ Beruf jetzt: _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt z.Zt. 22,00 € pro Jahr. Der Betrag soll von meinem Konto abgebucht werden.

Ort / Datum

Unterschrift

Der Kehlkopferierte Mittelhessen e.V. setzt sie davon in Kenntnis, dass zur Vereinfachung der Mitgliederverwaltung ihre Angaben unter Beachtung des Datenschutzgesetzes gespeichert werden. Es erfolgt keinerlei Weitergabe an Dritte, ein Missbrauch ist ausgeschlossen.

SEPA - LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE03ZZZ00001205722

Mandatsreferenz: _____
(wird vom BZV vergeben)

Ich ermächtige den "Kehlkopferierte Mittelhessen e.V." den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Kehlkopferierte Mittelhessen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnr.

PLZ / Ort

Kreditinstitut:

IBAN: DE _____

Ort / Datum

Unterschrift