

Antrag auf Mitgliedschaft



Name: Vorname:

Anschrift:

Telefon: Email:

Einzelmitglied: **25,00 Euro/Jahr** *

Ehegatten-/ Familienmitgliedschaft: **35,00 Euro/Jahr** *

Die folgenden Angaben sind freiwillig:
(diese Daten werden nur Vereinsintern benutzt und nicht weitergegeben!)

Beruf Mitglied:

Patient: ja / nein * Name Patient:

Geburtsdatum: PH-Typ: Transplantiert: ja / nein *

Betreuende Klinik/Ort:

.....

Bemerkung:

Ich möchte Mitglied in Verein PH-Selbsthilfe e. V. werden und den Verein in seinen satzungsgemäßen Aktivitäten und Aufgaben unterstützen.

Datum/Unterschrift:

*(zutreffendes bitte ankreuzen)

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige hiermit den Verein **PH-Selbsthilfe e. V.** bis auf Widerruf den angegebenen Betrag von meinem Konto abzubuchen.

Kontoinhaber:

IBAN: BIC/Swift-Code:

Geldinstitut:

Datum/Unterschrift: