



- Aufnahmeantrag -

(bitte deutlich in Druckschrift schreiben, zutreffendes ankreuzen)

Hiermit beantrage ich abdie Aufnahme in den / die

Landesverband.....**xxx**.....**Bezirksverein:** Heidelberg-Mannheim.....

Ortsverein:.....**xxx**..... **Sektion:**..... **SHG:**.....**xxx**.....

PLZ:...68309....**Ort:**...Mannheim**Straße:**...Frankenberger Weg 1.....

Tel:.. .0621 – 706961.....**e-mail:**...strauss2702@arcor.de.....

als kehlkopfoperiertes Mitglied

als Ehepartner / in oder Partner / in
 als förderndes Mitglied

Name:.....

Name:.....

Vorname:.....

Vorname:.....

PLZ:.....**Wohnort:**.....

PLZ:.....**Wohnort:**.....

Straße:.....

Straße:.....

Telefon:.....

Telefon:.....

Geburtsdatum:.....

Geburtsdatum:.....

Krankenkasse:.....

Krankenkasse:.....

Ort der Operation und Klinik:.....

Anmerkung: Die Beantwortung der medizinischen und den Beruf betreffenden Fragen ist freiwillig.

Operationsdatum:.....**Operations- und Behandlungsmethoden** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Totalentfernung Teilentfernung Laserbehandlung Bestrahlung Chemotherapie

Beruf ausgeübt: Beruf jetzt:

Ersatzstimme: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Oesophagusstimme , Stimmprothese , elektronische Sprachhilfe , Pseudoflüstern , keine Ersatzstimme

Der Jahresbeitrag beträgt: für kehlkopfoperiertes Mitglied EUR 18,00

für Ehe- / Lebenspartner, sonstige EUR 13,00

für Fördermitglieder EUR 20,00

Der Beitrag wird von mir überwiesen

Der Beitrag soll von meinem Konto abgebucht werden (Einzugermächtigung liegt bei)

.....

(Datum)

.....

(Unterschrift)



Einzugsermächtigung für ein SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

Bezirksverein der Kehlkopfloren und Kehlkopfooperierten Heidelberg-Mannheim e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Frankenberger Weg 1 68309 Mannheim

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE92ZZZ00000738132

Mandatsreferenznummer (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

| _____

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir / uns zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Vertrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Name: _____

Vorname: _____

Straße / Nr: _____

PLZ / Wohnort: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22Stellen):

| _____

BIC des Zahlungspflichtigen (8 oder 11 Stellen):

| _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns der Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Der Bezirksverein der Kehlkopfloren und Kehlkopfooperierten Heidelberg-Mannheim e.V. setzt Sie davon in Kenntnis, dass zur Vereinfachung der Mitgliederverwaltung die Angaben der Mitglieder unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes gespeichert werden.