

Bezirksverein Kehlkopferierte Südbaden e.V.

(Kehlkopfloße, Rachen und Kehlkopfkrebs-Erkrankte, Halsatmer)

Mildtätiger Verein - Sitz: Freiburg im Breisgau

Sektionen

Freiburg-Breisgau-Hochschwarzwald, Hochrhein-Wiesental, Ortenaukreis-Kinzigtal,
Konstanz-Singen-Hegau, Schwarzwald-Baar-Heuberg

Postadresse: Walter Richter, - 1. Vorsitzender - Jahnstr. 16, D – 79725 Laufenburg

Aufnahmeantrag

(bitte deutlich schreiben, zutreffendes ankreuzen)

Hiermit beantrage ich ab dem die Aufnahme in den
Bezirksverein Kehlkopferierte Südbaden e.V.

als operiertes Mitglied als Partner förderndes Mitglied : _____

Name: _____ Vorname: _____

Name Partner/in: _____ Vorname Partner/in: _____

PLZ/Wohnort: _____ / _____ Strasse: _____ Nr _____

Telefon: _____ / _____ Fax: _____ / _____ Mobil: _____

Geb.Datum: _____ Geb.Datum Partner/in: _____ Fam.-Stamd: _____

E.-Mail: _____ Mobil od. Email Partner/in: _____

Beruf: _____ in Rente seit: _____ Krankenkasse: _____

Operiert am: _____ in der HNO _____ Methode: (bitte ankreuzen)

Totalentfernung Teilentfernung Laserbehandlung Bestrahlung Chemotherapie

Ersatzstimme: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Oesophagus Stimmprothese elektronische Sprechhilfe Pseudoflüstern keine Ersatzstimme

Jahresbeitrag:	Einzelperson:	€ 20,00
	Mit Partner/Partnerin:	€ 30,00
	Fördermitglied	ab € 30,00

Der Betrag soll von meinem Konto abgebucht werden
Das SEPA-Lastschriftmandat liegt dem Aufnahmeantrag
bei und wurde von mir/uns unterschrieben.

Der Betrag wird von mir überwiesen

_____, den _____

Der Bezirksverein Kehlkopferierte Südbaden e.V. setzt Sie davon in Kenntnis, dass zur Vereinfachung der Mitgliederverwaltung die Angaben der Mitglieder unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes gespeichert werden. Es erfolgt keinerlei Weitergabe an Dritte, ein Missbrauch ist ausgeschlossen.

(Gläubiger)

Bezirksverein Kehlkopferierte Südbaden e.V.
(Kehlkopfloose, Rachen und Kehlkopfkrebs-Erkrankte, Halsatmer)
Brigachtalstr. 1 a
78166 Donaueschingen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE71ZZZ00000449547

Mandatsreferenz _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtigen den Bezirksverein Kehlkopferierte Südbaden e.V.
(Kehlkopfloose, Rachen u. Kehlkopfkrebs-Erkrankte, Halsatmer)

den Mitgliedsbeitrag zum 3. März einen jeden Jahres (fällt der 3. März auf einen Sonn- oder Feiertag, dann wird der Mitgliedsbeitrag zum folgenden Werktag fällig). Erstmals zum _____ von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Bezirksverein Kehlkopferierte Südbaden e.V. (Kehlkopfloose, Rachen und Kehlkopfkrebs-Erkrankte, Halsatmer) auf mein /unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name, Vorname) _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Kreditinstitut _____ BIC _____ | _____

IBAN

DE | | | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift
