



Antrag auf Mitgliedschaft

Name: _____ Vorname: _____
Anschrift: _____ Telefon: _____
_____ Fax: _____
_____ Email: _____

1. Einzelmitglied: **25,00 Euro/Jahr ***
2. Ehegatten-/ Familienmitgliedschaft: **35,00 Euro/Jahr ***

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

3. Beruf: _____
4. Patient: ja * / nein *
Alter: _____ PH-Typ: _____ Transplantiert: _____ Betreuende Klinik: _____

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: _____
Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____
Geldinstitut: _____

Datum/ Unterschrift