



MUKOVISZIDOSE ev

Helfen. Forschen. Heilen.



Mukoviszidose e.V. AACHEN

www.mukoaachen.de

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als **ordentliches Mitglied** im
Mukoviszidose e.V. AACHEN

Name:		Eltern:		Patient:		Therapeut:	
Vorname:	(Bitte ankreuzen)						
Geburtsdatum:							
Straße:							
Stadtteil:							
Plz:		Ort:					
Land							

Name des Kindes (cf-Patient)	Bei Neudiagnose Bitte hier ankreuzen ==>>		
Geburtsdatum:			

Unterschrift: (Aufnahmeantrag)		Datum:	
Ich möchte im Verein mitarbeiten	JA	NEIN	Bitte ankreuzen
Telefon:	Privat:	Mobil	
Fax:		Email:	

Unbefristetes SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung):

Name des Bankinstitutes:	
IBAN:	
BIC:	
Unterschrift:	

Der Mitgliedsbeitrag beträgt für Vollzahler insgesamt 84 €. Therapeuten zahlen 48 €. Gegen Nachweis kann der Mitgliedsbeitrag reduziert oder auch ganz erlassen werden.

Vom Mitgliedsbeitrag behalten wir 10 €, der Rest geht an den Mukoviszidose e.V. Bonn. Das heißt dass Sie gleichzeitig auch Mitglied im Dachverband Mukoviszidose e.V. Bonn sind.

Datum der Aufnahme:	Vorstandsvorsitzender: