



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: