



Selbsthilfegruppen der Kehlkopferierten im Landesverband Niedersachsen/Bremen e. V.

Mitglied im Bundesverband der Kehlkopferierten e. V.

Gemeinnütziger Verein

Mitgliedsnummer: _____

Eingang: _____

- Aufnahmeantrag -

(bitte deutlich schreiben, zutreffendes ankreuzen)

Hiermit beantrage ich ab dem _____ die Aufnahme in den

Landesverband der Kehlkopferierten Niedersachsen/Bremen e.V., 31848 Bad Münder, Deisterallee 36

für die SHG _____

als kehlkopferiertes Mitglied als förderndes Mitglied als (Ehe) Partner

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ Plz _____ Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Operationsort und Klinik _____

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

Operationsdatum _____ Operations- und Behandlungsmethode

Totalentfernung Teilentfernung Laserbehandlung Bestrahlung Chemotherapie

Ersatzstimme

Oesophagus Stimmprothese elektr. Sprechhilfe Pseudoflüstern keine Ersatzstimme

Beruf ausgeübt _____ Beruf jetzt _____

Der Mindestbetrag beträgt monatlich 2,50 € halbjährlich 15.- € jährlich 30.- €

Der Betrag soll von meinem Konto abgebucht werden Der Betrag wird überwiesen

Bankverbindung des Antragstellers bei Abbuchung / Bankverbindung der aufnehmenden Organisation bei Überweisung

Bankinstitut _____

IBAN: _____ BIC: _____

(Weist mein Konto bei einer Abbuchung die erforderliche Deckung nicht auf, besteht seitens der Bank keine Pflicht zur Einösung)

Ort, Datum

Unterschrift

Der Bundesverband der Kehlkopferierten setzt sie davon in Kenntnis, dass zur Vereinfachung der Mitgliederverwaltung die Angaben der Mitglieder unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes gespeichert werden. Es folgt keine Weitergabe an Dritte, ein Missbrauch ist ausgeschlossen.

01/2016