



Bezirksverein der Kehlkopfflosen Frankfurt/Main e. V.

Aufnahmeantrag

Der Jahresbeitrag beträgt z. Zt. 25.- €

Gläubiger Identifikationsnummer im

SEPA-Lastschriftverfahren:

DE55ZZZ00000923680

Postanschrift

Feldbergstr.75

65779 Kelkheim

Tel 06195 64371

Email: w.lotz@gmx.net

www.kehlkopfflose-frankfurt.de

Bankverbindung:

IBAN: DE61500502010000013011

BIC: HELADEF1822

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied im
Bezirksverein der Kehlkopfflosen Frankfurt/Main e.V.**

Als kehlkopffoperiertes Mitglied

Als Fördermitglied

Vorname: _____ Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Beruf: _____

Operationsdatum: _____ Klinik: _____

Totalentfernung Teilentfernung Laserbehandlung Bestrahlung Chemotherapie

Name der nächsten Angehörigen: _____

Anschrift der Angehörigen: _____

(Nur bei Abweichung des Antragstellers)

Der Jahresbeitrag wird im SEPA Verfahren abgebucht:

Bankverbindung: Kontoinhaber: _____
(Unterschrift nur bei Abweichung vom Antragsteller)

IBAN: D.E. _____

BIC: _____

Die Einzugsermächtigung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden:

Datum und Ort: _____

Unterschrift: _____

Der Bezirksverein der Kehlkopfflosen setzt Sie davon in Kenntnis, dass zur Vereinfachung der Mitgliederverwaltung die Angaben der Mitglieder unter Beachtung des Datenschutzgesetzes gespeichert werden. Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte, ein Missbrauch ist ausgeschlossen.