

# Antrag auf Mitgliedschaft



Name: ..... Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Email: .....

Einzelmitglied: **35,00 Euro/Jahr** \*

Ehegatten-/ Familienmitgliedschaft: **50,00 Euro/Jahr** \*

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

Beruf Mitglied: .....

Patient:  ja /  nein \*      Name Patient: .....

Geburtsdatum: ..... PH-Typ: ..... Transplantiert:  ja /  nein \*

Betreuende Klinik/Ort: .....

Bemerkung: .....

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: .....

IBAN: ..... BIC/Swift-Code: .....

Geldinstitut: .....

Datum/Unterschrift: .....