

Antrag auf Mitgliedschaft



Name:

Vorname:

Anschrift:

Telefon: E-Mail:

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

Familienmitgliedschaft: **50,00 Euro/Jahr** * *(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

Beruf Mitglied:

Patient*in: ja / nein * Name Patient*in:

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

Betreuende Klinik/Ort:

Bemerkung:

Ich möchte Mitglied im Verein PH-Selbsthilfe e. V. werden und den Verein in seinen satzungsgemäßen Aktivitäten und Aufgaben unterstützen.

Datum/Unterschrift:

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige hiermit den Verein **PH-Selbsthilfe e. V.** bis auf Widerruf den angegebenen Betrag von meinem Konto abzubuchen.

Kontoinhaber*in:

IBAN:

BIC/Swift-Code:

Geldinstitut:

Datum/Unterschrift:

Hinweis zum Datenschutz im Anwendungsbereich der Datenschutzgrundverordnung:

Die Informationen zum Datenschutz – insbesondere zu den Informationspflichten bei der Erhebung personenbezogener Daten nach Artikel 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung – werden Ihnen im Internetauftritt des PH-Selbsthilfe e. V. unter www.ph-selbsthilfe.de/datenschutz bereitgestellt.

PH-Selbsthilfe e. V.
Postfach 11 02 02
41726 Viersen

Bankverbindung:
Postbank Dortmund
IBAN: DE47440100460759941461
BIC: PBNKDEFF

www.ph-selbsthilfe.de
info@ph-selbsthilfe.de

Vereinsregister: AG Köln VR 15071