



Beitrittserklärung

(Bitte deutlich schreiben, zutreffendes ankreuzen)

- als Betroffener als Förderungsmitglied als Angehöriger

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Beruf: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Anmerkung: Die Beantwortung der medizinischen Fragen ist freiwillig.

Operationsdatum: _____ Klinik: _____

- Totalentfernung Teilentfernung Bestrahlung Chemotherapie

Ersatzstimme

- Oesophagus Stimmprothese Elektrolarynx Keines der angegebenen

Der Mitgliedsbeitrag beträgt z.Zt. 30,00 € pro Jahr.

Der Betrag soll von meinem Konto abgebucht werden.

Der Betrag wird von mir überwiesen.

Ort/Datum

Unterschrift

Der Landesverband der Kehlkopfoperierten Hamburg/Schleswig-Holstein e.V. setzt sie davon in Kenntnis, dass zur Vereinfachung der Mitgliederverwaltung ihre Angaben unter Beachtung des Datenschutzgesetzes gespeichert werden. Es erfolgt keinerlei Weitergabe an Dritte, ein Missbrauch ist ausgeschlossen.





Landesverband der Kehlkopferierten
Hamburg & Schleswig-Holstein e.V.

Sepa-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE47 2005 0550 1232 1201 52

Mandatsreferenz: _____ (wird vom Landesverband vergeben)

Ich ermächtige den „Landesverband der Kehlkopferierten Hamburg e.V.“ den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Landesverband der Kehlkopferierten Hamburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

Ort/Datum

Unterschrift



Bundesverband
Kehl- und
Kopf-Hals-Tumore e.V.
Helfen. Unterstützen. Verknüpfen.

 **Deutsche Krebshilfe**
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

 **DER PARITÄTISCHE**
HAMBURG

