



cf – Selbsthilfe Aachen e.V.
 -Hilfe bei Mukoviszidose-
 Lothringer Straße 105 ● 52070 Aachen
 Telefon: 0241 902 266 oder 0170 800 22 65 ● Fax: 02401 801 10 59

Hiermit beantrage ich die Fördermitgliedschaft bei der CF-Selbsthilfe Aachen e.V.

Aufnahmeantrag	
Name	Eltern <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Therapeut <input type="checkbox"/> Förderer <input type="checkbox"/>
Vorname	(Bitte ankreuzen)
Geburtsdatum	
Straße	
Stadtteil	
PLZ	
Stadt	
Land	
Names des Kindes (MukoPatient)	Bei Neudiagnose bitte hier ankreuzen
Geburtsdatum des Kindes (MukoPatient)	
Unterschrift (Aufnahmeantrag)	X

Ich könnte mir vorstellen den Verein auch bei Veranstaltungen organisatorisch zu unterstützen!	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Ich könnte mir vorstellen zu einem späteren Zeitpunkt aktiv im Vorstand mitzuarbeiten	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Ich möchte sofort im Vorstand mitarbeiten	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

Telefon, privat	
Telefon, Arbeit	
Telefon, mobil	
Fax	

e-mail, privat	
e-mail, Arbeit	

Einzugsermächtigung	
€	Diesen Betrag zahle ich jährlich per Einzugsermächtigung !
Bankverbindung	
Kontonummer	
Bankleitzahl	
Unterschrift (Einzugsermächtigung)	X

Bitte in den mit **X** gekennzeichneten Boxen unterschreiben.