



cf – Selbsthilfe Aachen e.V.

-Hilfe bei Mukoviszidose-

Lothringer Straße 105 ● 52070 Aachen

Telefon: 0241 90 22 66 oder 0170 800 22 65 ● Fax: 02401 801 10 59

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die CF - Selbsthilfe Aachen e.V. als *Fördermitglied*

Aufnahmeantrag			
Name		Eltern	Therapeut
Vorname	(Bitte ankreuzen)		
Geburtsdatum			
Straße			
Stadtteil			
PLZ			
Stadt			
Land			
Unterschrift (Aufnahmeantrag)	X	Datum:	____.____.20__

Ich möchte im Verein mitarbeiten	ja	nein	Bitte ankreuzen
-------------------------------------	----	------	-----------------

Telefon, privat	
Telefon, Arbeit	
Telefon, mobil	
Fax	

e-mail, privat	
e-mail, Arbeit	

Einzugsermächtigung			
Bankverbindung			
Kontonummer			
Bankleitzahl			
Unterschrift (Einzugsermächtigung)	X	Datum:	____.____.20__
Jahresbeitrag	Ich möchte jährlich _____ Euro zahlen		

Bei Neuaufnahme in unseren Verein sollte möglichst dem Bankeinzugsverfahren zugestimmt werden. Sie können diese Zustimmung jederzeit widerrufen!

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

Aufnahme des o.a. Antragstellers durch die CF-Selbsthilfe Aachen bestätigt:

Datum der Aufnahme:	Vorstandsvorsitzender: