



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 als **ordentliches Mitglied** in die **CF - Selbsthilfe Aachen e.V.**

Aufnahmeantrag			
Name		Eltern	Patient
Vorname	(Bitte ankreuzen)		
Geburtsdatum			
Straße			
Stadtteil			
PLZ			
Stadt			
Land			
Names des Kindes (MukoPatient)	Bei Neudiagnose bitte hier ankreuzen		
Geburtsdatum des Kindes (MukoPatient)			
Unterschrift (Aufnahmeantrag)	<b>X</b>	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)	<b>X</b>

Der Mitglieder-Jahresbeitrag beträgt insgesamt 60 Euro für Vollzahler und 35 Euro für Patienten und Therapeuten. Davon werden 50 bzw. 25 Euro an den Dachverband „Mukoviszidose e.V. Bonn“ abgeführt.

**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:

