

# Bezirksverein Kehlkopferierte Südbaden e.V.

( Kehlkopflöse, Rachen und Kehlkopfkrebs-Erkrankte, Halsatmer )

Mildtätiger Verein - Sitz: Freiburg i.Br.

Sektionen

Freiburg-Breisgau-Hochschwarzwald, Hochrhein-Wiesental, Ortenaukreis-Kinzigtal,  
Konstanz-Singen-Hegau, Schwarzwald-Baar-Heuberg

Postadresse: K.-P.Binkert,- Vorsitzender - Erlenweg 54, D - 79774 Albruck

## Aufnahmeantrag

( bitte deutlich schreiben, zutreffendes ankreuzen )

Hiermit beantrage ich ab dem ..... die Aufnahme in den  
Bezirksverein Kehlkopferierte Südbaden e.V.

als operiertes Mitglied     als Partner     förderndes Mitglied : \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E.-Mail: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ in Rente seit: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Operiert am: \_\_\_\_\_ in der HNO \_\_\_\_\_ Methode:(**bitte ankreuzen**)

Totalentfernung  Teilentfernung  Laserbehandlung  Bestrahlung  Chemotherapie

Ersatzstimme: ( **zutreffendes bitte ankreuzen** )

Oesophagus  Stimmprothese  elektronische Sprechhilfe  Pseudoflüstern  keine Ersatzstimme

Jahresbeitrag:	Einzelperson:	€ 20,00
	Mit Partner/Partnerin:	€ 30,00
	Fördermitglied	ab € 30,00

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag von dem nachstehend aufgeführten Konto abgebucht wird:

Konto Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Bei der \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

(Bankname)

(weist mein Konto die erforderliche Deckung nicht auf, besteht seitens der Bank keine Pflicht zur Einlösung)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Der Bezirksverein Kehlkopferierte Südbaden e.V. setzt Sie davon in Kenntnis, dass zur Vereinfachung der Mitgliederverwaltung die Angaben der Mitglieder unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes gespeichert werden. Es erfolgt keinerlei Weitergabe an Dritte, ein Missbrauch ist ausgeschlossen.