



- Aufnahmeantrag -

(bitte deutlich in Druckschrift schreiben, zutreffendes ankreuzen)

Hiermit beantrage ich abdie Aufnahme in den / die

Landesverband.....**xxx**.....**Bezirksverein:** Heidelberg-Mannheim.....

Ortsverein:.....**xxx**..... **Sektion:**.....**SHG:**.....**xxx**.....

PLZ:...68309.....**Ort:**...Mannheim**Straße:**...Frankenberger Weg 1.....

Tel:.. .0621 – 706961.....**e-mail:**.....

als kehlkopfoperiertes Mitglied

als Ehepartner / in oder Partner / in
 als förderndes Mitglied

Name:..... **Name:**.....

Vorname:..... **Vorname:**.....

PLZ:.....**Wohnort:**..... **PLZ:**.....**Wohnort:**.....

Straße:..... **Straße:**.....

Telefon:..... **Telefon:**.....

Geburtsdatum:..... **Geburtsdatum:**.....

Krankenkasse:..... **Krankenkasse:**.....

Ort der Operation und Klinik:.....

Anmerkung: Die Beantwortung der medizinischen und den Beruf betreffenden Fragen ist freiwillig.

Operationsdatum:.....**Operations- und Behandlungsmethoden** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Totalentfernung Teilentfernung Laserbehandlung Bestrahlung Chemotherapie

Beruf ausgeübt: Beruf jetzt:

Ersatzstimme: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Oesophagusstimme , Stimmprothese , elektronische Sprachhilfe , Pseudoflüstern , keine Ersatzstimme

Der Jahresbeitrag beträgt: für kehlkopfoperiertes Mitglied EUR 18,00

für Ehe- / Lebenspartner, sonstige EUR 13,00

für Fördermitglieder EUR 13,00

Der Beitrag wird von mir überwiesen

Der Beitrag wird von mir in bar gezahlt

Der Beitrag soll von meinem Konto abgebucht werden (Einzugermächtigung liegt bei)

.....

(Datum)

.....

(Unterschrift)