



Niere Baden-Württemberg e.V.

Beitrittsformular an

Günter Teichmann, Rauchstraße 57, 74076 Heilbronn – Fon 0 71 31 / 17 95 91 Fax 0 71 31 / 94 18 32 teich-mann@t-online.de

Beitrittserklärung

Erstes Mitglied		Zweites Mitglied (Familienangehöriger, Partner)	
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma		<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer	
PLZ	Ort	PLZ	Ort
Geburtstag	Beruf	Geburtstag	Beruf
Telefon		Telefon	

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Verband Niere Baden-Württemberg e.V., Sitz Stuttgart.
Der **Mitgliedsbeitrag** beträgt entsprechend dem Beschluss der Mitgliederversammlung 25 Euro (48,90 DM).
Sofern auch der Partner Mitglied wird, zahlen beide zusammen 35 Euro (68,46 DM).

Datum	Unterschrift des ersten Mitglieds	Datum	Unterschrift des zweiten Mitglieds
-------	-----------------------------------	-------	------------------------------------

Vertrauliche Daten

Diese persönlichen Daten werden streng vertraulich behandelt.
Alle Organe des Verbandes sind zur Geheimhaltung im Sinne des Datenschutzgesetzes verpflichtet.

<input type="checkbox"/> Nierenpatient in vorsorgender Behandlung seit _____ Behandelnder Arzt/Klinik: Name, Ort _____
Dialysepatient
<input type="checkbox"/> Zentrumsdialyse seit _____
<input type="checkbox"/> Praxisdialyse seit _____
<input type="checkbox"/> LC-Dialyse seit _____
<input type="checkbox"/> Heimhämodialyse seit _____
<input type="checkbox"/> CAPD seit _____
Betreuendes Zentrum/Klinik (Name, Ort) _____
<input type="checkbox"/> Transplantiert seit _____ Wo? Klinik, Ort _____
Förderndes Mitglied
<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflegepersonal <input type="checkbox"/> _____
Klinik/Zentrum _____
<input type="checkbox"/> Familienangehöriger <input type="checkbox"/> Firma _____

<input type="checkbox"/> Sonstiges _____

Sie erleichtern sich und uns die Arbeit, wenn Sie die nachstehende Abbuchungsermächtigung unterschreiben.
Die Lastschrift gilt gleichzeitig als Beleg für das Finanzamt.

Abbuchungsermächtigung

Hiermit ermächtige ich stets widerruflich den o.a. Verband, den jährlichen Beitrag und ggf. die freiwillige Spende von meinem nachfolgenden Konto abzubuchen

Geldinstitut (Name, Ort)	
Konto-Nr.	Bankleitzahl
Datum	Unterschrift des Konto-Inhabers

Bemerkungen

Niere Baden-Württemberg e.V. ist vom Finanzamt Stuttgart – Körperschaften – unter der Nr. AZ 99059/28537 als gemeinnützig anerkannt.

Beiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar.

Freiwillige Spende

Ich erkläre mich bereit, jährlich eine freiwillige, jederzeit widerrufliche Spende von _____ Euro zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag zu leisten. Diese Spende soll zusammen mit dem jährlichen Beitrag von obenstehendem Konto abgebucht werden.

Verbandskonto: Baden-Württembergische Bank
Konto-Nr. 1 005 619 – BLZ 600 501 01

Erl. Vermerke (Wird vom Verband ausgefüllt)				
DD	Wua	Satzung	Tag/Zeichen	In C-Liste aufgen.

Datum	Unterschrift
-------	--------------