

Neue Mitgliedschaft

PKD Familiäre Zystennieren e.V.
Geschäftsstelle
Postfach 1213
64344 Griesheim

Besondere Wünsche:

Beitrittserklärung (Beiträge gemäß der aktuellen Mitgliederordnung) auch Online: www.mitgliedschaft.pkdcure.de

<input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft Jahresbeitrag 0 € 30 (+5,--EUR OE/Ch) <input type="checkbox"/> ich möchte aktiv mitarbeiten → bei:	<input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft Jahresbeitrag 36 € (+5,-- EUR OE/Ch)
---	--

Name, Vorname (des Zahlers)	Name, Anschrift, usw. siehe links (wie Einzelmitgliedschaft)
Straße, Haus-Nr.	Zusätzlich in die Mitgliedschaft eingeschlossen sind folgende Personen:
PLZ, Ort	Name, Vorname (Ehegatte / Partner)
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Telefon, Mobiltelefon, Fax	Name, Vornamen (Kinder bis zum 25. Lebensjahr)
e-Mail	Geburtsdaten (Kinder)

Ihren jährlichen Mitgliedsbeitrag bitten wir Sie, innerhalb 14 Tagen und in den Folgejahren regelmäßig zum 15. Februar auf das folgende Konto IBAN: DE95508526510148015548 / BIC: HELADEF1DIE bei der Sparkasse Dieburg zu überweisen:

*) auf Wunsch erhalten Sie eine Spendenbescheinigung

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Verein PKD Familiäre Zystennieren e.V. und stimme der Speicherung Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Mitgliedschaft zu.

Ort, Datum, Unterschrift

Unterschrift Ehegatte / Partner

.....