

PKD Familiäre Zystennieren e.V.
Servicestelle
Blakshörn 22
22159 Hamburg
Tel.06155 606 0189

Besondere Wünsche:

.....
.....

Beitrittserklärung (Beiträge gemäß der aktuellen

auch Online: www.mitgliedschaft.pkdcure.de

Einzelmitgliedschaft

Jahresbeitrag € 33 (+10,--EUR A/Ch)

ich möchte aktiv mitarbeiten

Familienmitgliedschaft

Jahresbeitrag 39 € (+10,-- EUR A/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

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 01. Februar auf das folgende Konto IBAN: DE95508526510148015548 / BIC: HELADEF1DIE bei der Sparkasse Dieburg zu überweisen.

Zeitschriften: Diatra / Nierenpatient (Bitte unterstreichen Sie die gewünschten Zeitschriften)

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 Ehegatt/e*in / Partner*in

.....

.....