

Beitrittserklärung

Ich erkläre den Beitritt zum
Mukoviszidose e. V. Leipzig



MUKOVISZIDOSE e.V.
Leipzig

Name, Vorname

Geb.-Datum

Email-Adresse / Telefonnummer (nur für Vereinszwecke)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Datenschutzerklärung: Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen satzungsgemäß verwendet und automatisiert verarbeitet werden dürfen.

Als Mitglied unseres Vereins werden Sie automatisch Mitglied unseres Dachverbandes:
Mukoviszidose e.V. – Bundesverband Cystische Fibrose (CF) – Gemeinnütziger Verein
In den Dauen 6 | 53117 Bonn | www.muko.info

Nach der Beitrittserklärung erhalten Sie die Zahlungsinformationen durch den Mukoviszidose e.V.

Bitte ankreuzen:

*ermäßigter
Jahresbeitrag*
36,00 Euro

Ermäßigung nur in folgenden Fällen möglich:

Ich bin Mukoviszidose-Betroffener.

Ich bin Therapeut.

Oder:

Jahresbeitrag
72,00 Euro

Datum und Unterschrift zur Beitrittserklärung und Datenschutzerklärung

**Bitte unterschrieben und vollständig
ausgefüllt Versand an:**

Mukoviszidose e.V. Leipzig
z.Hd. Heidi Heckel
Senefelderstraße 7
04317 Leipzig