

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

Bitte ankreuzen:

<input type="checkbox"/>	ermäßigter Jahresbeitrag 36,00 Euro	Ermäßigung nur in folgenden Fällen möglich: <input type="radio"/> Ich bin Mukoviszidose-Betroffener. <input type="radio"/> Ich bin Therapeut.
<input type="checkbox"/>	Jahresbeitrag 72,00 Euro	
		<hr/> <p>Datum Unterschrift zur Beitrittserklärung und Datenschutzerklärung</p>

Bitte unterschrieben und vollständig ausgefüllt Versand an:

Mukoviszidose e.V. Leipzig
Theresienstr. 63
04129 Leipzig