



# Selbsthilfegruppen der Kehlkopferierten im Landesverband Niedersachsen/Bremen e. V.

Mitglied im Bundesverband der Kehlkopferierten e. V.

Gemeinnütziger Verein

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Eingang: \_\_\_\_\_

## - Aufnahmeantrag -

(bitte deutlich schreiben, zutreffendes ankreuzen)

Hiermit beantrage ich ab dem \_\_\_\_\_ die Aufnahme in den

Landesverband der Kehlkopferierten Niedersachsen/Bremen e.V., 31848 Bad Münder, Deisterallee 40

für die SHG \_\_\_\_\_

als kehlkopferiertes Mitglied       als förderndes Mitglied       als (Ehe) Partner

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Plz \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Operationsort und Klinik\* \_\_\_\_\_

\*Anmerkung: Die Beantwortung der medizinischen und den Beruf betreffenden Fragen ist freiwillig

Operationsdatum \_\_\_\_\_ Operations- und Behandlungsmethode

Totalentfernung     Teilentfernung     Laserbehandlung     Bestrahlung     Chemotherapie

Ersatzstimme

Oesophagus     Stimmprothese     elektr. Sprechhilfe     Pseudoflüstern     keine Ersatzstimme

Beruf ausgeübt\* \_\_\_\_\_ Beruf jetzt\* \_\_\_\_\_

Der Mindestbetrag beträgt monatlich 2,50 €     halbjährlich 15.- €     jährlich 30.- €

Der Betrag wird überwiesen (siehe Bank in der Fußzeile, im Verwendungszweck bitte Namen und Beitrag angeben)

Der Betrag soll von meinem Konto abgebucht werden **Unterschrift:** \_\_\_\_\_  
(Weist mein Konto bei einer Abbuchung die erforderliche Deckung nicht auf, besteht seitens der Bank keine Pflicht zur Einlösung)

Bankverbindung des Antragstellers

Bankinstitut \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Bankverbindung: Sparkasse Emsland, IBAN: DE14 2665 0001 1091 0796 14

Bitte beachten: Mit Unterzeichnung des Aufnahmeantrages erklären Sie sich mit den umseitigen Datenschutzerklärungen einverstanden.