

AdP e. V. - Bauchspeicheldrüsenerkrankte

Haus der Krebs-Selbsthilfe
Thomas-Mann-Str. 40



53111 Bonn

AdP e. V. - Bauchspeicheldrüsenerkrankte

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum AdP e. V. - Bauchspeicheldrüsenerkrankte.
Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 5,00 € im Monat (Jahresbeitrag 60,00 €).

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse/Nr.: PLZ/Ort:

Bundesland: E-Mail:

Telefon: Fax:

Info/Empfehlung durch

Bei den folgenden Fragen können Sie mehrere Antworten ankreuzen:

Bauchspeicheldrüsenoperation ja nein geplant

Operation wann: Operation wo:

Bauchspeicheldrüsenerkrankung Bauchspeicheldrüsentumor (gut- oder bösartig)
 akute Bauchspeicheldrüsenentzündung
 chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung
 sonstige

Diabetes mellitus ja nein

Datum: Unterschrift:

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu leistenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres nachfolgend aufgeführten Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Zahlweise:

jährlich halbjährlich quartalsweise

Kontoführendes Kreditinstitut:

Kontonummer: BLZ:

Name, Vorname des Kontoinhabers:

Ort, Datum:

Rechtsgültige Unterschrift: