An die
Gaucher Gesellschaft Deutschland e.V.
Ferschweiler Strasse 15
54668 Holsthum
oder
Fax Nr. 0721 / 151 216 310

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der GGD e.V.:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strassse / Haus Nr. _____ Postleitzahl / Ort _____

Telefon _____ Email _____

Bei Kindern, die Gaucher Patienten sind: Bitte Vornamen und Geburtsdatum des Kindes / der Kinder _____

Wir bitten um folgende Angaben (bitte Zutreffendes ankreuzen)

◯ Ich bin Betroffene(r) Diagnose im Jahr _____

◯ *Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse auf der bundesweiten Gaucher Patientenliste aufgenommen wird. Diese Liste wird 1 x jährlich an alle Gaucher Patienten, die der GGD bekannt sind weitergeleitet.*

◯ Ich/Wir sind Eltern ◯ Angehörige/r ◯ Freunde ◯ Bekannte ◯ eines/r Betroffenen

◯ Ich/Wir sind Interessierte und möchte die GGD mit unserer Mitgliedschaft unterstützen.

Ich bin tätig als: _____

Wie bzw. wodurch haben Sie von der Arbeit der GGD erfahren? _____

Datum und Unterschrift _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die GGD e.V., mit Sitz in Lippstadt, widerruflich, den nachstehend aufgeführten jährlichen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines nachstehenden Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Name, Vorname des Kontoinhabers _____

Bankverbindung _____ Bankleitzahl _____

Kontonummer _____ Betrag (Mindestbeitrag EUR 36,-)

Datum und Unterschrift _____