

Antragsteller #3

Name	Vorname	Titel
Geburtsdatum		
Telefon Mobil	E-Mail-Adresse	
bitte ankreuzen:		
<input type="checkbox"/> bin selbst betroffen	<input type="checkbox"/> Familienmitglied ist betroffen	Form der Erkrankung (wenn zutreffend):
<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Fördermitglied	<input type="checkbox"/> KS <input type="checkbox"/> PCD
Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten im Kreis der Betroffenen zum Zweck des Erfahrungsaustauschs weitergegeben werden:		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich möchte mich für die Mailingliste <i>Zilienjournal</i> anmelden:		
(Anmeldung: http://www.kartagener-syndrom.org/cms/index.php/de/mitglieder/forum)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ort, Datum, Unterschrift		

Antragsteller #4

Name	Vorname	Titel
Geburtsdatum		
Telefon Mobil	E-Mail-Adresse	
bitte ankreuzen:		
<input type="checkbox"/> bin selbst betroffen	<input type="checkbox"/> Familienmitglied ist betroffen	Form der Erkrankung (wenn zutreffend):
<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Fördermitglied	<input type="checkbox"/> KS <input type="checkbox"/> PCD
Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten im Kreis der Betroffenen zum Zweck des Erfahrungsaustauschs weitergegeben werden:		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich möchte mich für die Mailingliste <i>Zilienjournal</i> anmelden:		
(Anmeldung: http://www.kartagener-syndrom.org/cms/index.php/de/mitglieder/forum)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ort, Datum, Unterschrift		

Ich ermächtige den Verein Kartagener Syndrom und Primäre Ciliäre Dyskinesie e. V. hiermit widerruflich, den Mitgliedsbeitrag von _____ € jeweils am Jahresende von meinem Konto abzubuchen.

(Bitte den Mitgliedsbeitrag in Höhe von mindestens 30,-€ selbst eintragen. Es steht Ihnen selbstverständlich frei, einen höheren Betrag einzutragen.)

Kontonummer	Bankleitzahl
Geldinstitut	Kontoinhabers
Unterschrift des Kontoinhabers	

Zilienfocus: Je ausgefüllten Antrag wird 1 Exemplar der Vereinszeitschrift Zilienfocus zugestellt.

Änderungsmittelung: Bitte Teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adressen oder Bankverbindung mit. Bitte teilen Sie uns ebenfalls mit, falls sich Veränderungen in Ihrem Haushalt ergeben (z. B. Familienmitglieder ziehen weg oder Kinder erreichen das Mindestalter von 14 Jahren und sollen als Vereinsmitglied geführt werden).

Kündigung: Der Austritt aus dem Verein ist dem Vorstand unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Jahresende schriftlich (Brief oder Fax; keine E-Mail) zu erklären. Die Kündigungsfrist beginnt mit dem Tage, an dem die schriftliche Austrittserklärung bei einem Vorstandsmitglied eingeht.

Medizinisch-Wissenschaftlicher Beirat
 PD Dr. Ahrens, Darmstadt - Dr. Illing, Stuttgart – Dipl.-Psych. Katscher-Peitz, Stuttgart – Fr. Linz-Keul, Fürth
 PD Dr. Nüßlein, Koblenz - Prof. Omran, Münster - Dr. Seithe, Nürnberg

Förderrat
 Dr. Hellmann, Augsburg – Prof. Dr. Rott, Erlangen

Bankverbindung: Sparkasse Bad Windsheim (BLZ 762 510 20) Kto. Nr. 430 469 809