



KARTAGENER SYNDROM UND PRIMÄRE CILIÄRE DYSKINESIE E.V.

Sendler
Hofheimer Str. 63
65719, Hofheim a. T.
Fax: +49 32223735299

Hiermit beantrage ich / beantragen wir die Aufnahme als Mitglied in der Verein Kartagener Syndrom und Primäre Ciliäre Dyskinesie e.V.

Der reguläre Mitgliedsbeitrag beträgt für alle auf einem Antrag eingetragenen Antragsteller zusammen 30,- € pro Jahr. Fördermitglieder können alternativ eine mit dem Vorstand abgestimmte Leistung erbringen. Auf einem Antrag dürfen im gemeinsamen Haushalt lebende Familienmitglieder mit einem Mindestalter von 14 Jahren eingetragen werden. Jeder Antragsteller zählt als einzelnes Mitglied und ist mit jeweils einer eigenen Stimme in der Mitgliederversammlung stimmberechtigt.

Antragsteller #1

Name	Vorname	Anrede (Hr./Fr.)	Titel
Straße		Geburtsdatum	
PLZ	Ort		
Telefon Festnetz		Telefax	
Telefon Mobil		E-Mail-Adresse	
bitte ankreuzen:			
<input type="checkbox"/> bin selbst betroffen		<input type="checkbox"/> Familienmitglied ist betroffen	
<input type="checkbox"/> Fördermitglied		Form der Erkrankung (wenn zutreffend):	
		<input type="checkbox"/> KS <input type="checkbox"/> PCD	
Wenn ein Familienmitglied betroffen ist, welches nicht selbst Antragsteller ist:			
Name Familienmitglied		Vorname Familienmitglied	Geburtsdatum Familienmitglied
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 das geschlossene Diskussionsforum <i>Zilienjournal</i> anmelden: → Anmeldung: http://www.kartagener-syndrom.org/cms/index.php/de/mitglieder/forum			
Ort, Datum, Unterschrift			

Antragsteller #2

Name	Vorname	Anrede (Hr./Fr.)	Titel
Geburtsdatum			
Telefon Mobil		E-Mail-Adresse	
bitte ankreuzen:			
<input type="checkbox"/> bin selbst betroffen		<input type="checkbox"/> Familienmitglied ist betroffen	
<input type="checkbox"/> Fördermitglied		Form der Erkrankung (wenn zutreffend):	
		<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 das geschlossene Diskussionsforum <i>Zilienjournal</i> anmelden: → Anmeldung: http://www.kartagener-syndrom.org/cms/index.php/de/mitglieder/forum			
Ort, Datum, Unterschrift			

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

Antragsteller #3

Name	Vorname	Anrede (Hr./Fr.)	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"/> 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 das geschlossene Diskussionsforum <i>Zilienjournal</i> anmelden:			
→ Anmeldung: http://www.kartagener-syndrom.org/cms/index.php/de/mitglieder/forum			
Ort, Datum, Unterschrift			

Antragsteller #4

Name	Vorname	Anrede (Hr./Fr.)	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"/> 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 das geschlossene Diskussionsforum <i>Zilienjournal</i> anmelden:			
→ Anmeldung: http://www.kartagener-syndrom.org/cms/index.php/de/mitglieder/forum			
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 tragen Sie den Mitgliedsbeitrag in Höhe von mindestens 30,-€ selbst in das dafür vorgesehene Feld ein. Es steht Ihnen selbstverständlich frei, uns mit einem höheren Betrag zu unterstützen.)

Kontonummer	Bankleitzahl
Geldinstitut	Kontoinhaber
Unterschrift des Kontoinhabers	

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

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

Kündigung: Der Austritt aus dem Verein ist einem Vorstandsmitglied 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