



KARTAGENER SYNDROM UND PRIMÄRE CILIÄRE DYSKINESIE E.V.

c/o Jan Sandler, Humboldtstr. 14, 98693, Ilmenau
Fax: 01805060 - 33751371

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

Der Mitgliedsbeitrag beträgt für alle auf einem Antrag eingetragenen Antragsteller zusammen 26,- € pro Jahr. Auf einem Antrag dürfen alle im gleichen Haushalt lebenden 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		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		Form der Erkrankung (wenn zutreffend):	
<input type="checkbox"/> Arzt		<input type="checkbox"/> Fördermitglied		<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 die Mailingliste <i>Zilienjournal</i> anmelden:					
(http://de.groups.yahoo.com/group/zilienjournal/) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Ort, Datum, Unterschrift					

Antragsteller #2

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:					
(http://de.groups.yahoo.com/group/zilienjournal/) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Ort, Datum, Unterschrift					

medizinisch-wissenschaftlichen Beirat

Dr. Ahrens, Darmstadt Dr. Illing, Stuttgart Heike Linz-Keul, Fürth Dr. Nüßlein, Bochum Prof. Omran, Freiburg Dr. Seithe, Nürnberg

Förderrat

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

Bankverbindung: Sparkasse Bad Windsheim (BLZ 762 510 20) Konto-Nummer 430 469 809

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: (http://de.groups.yahoo.com/group/zilienjournal/)		
		<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: (http://de.groups.yahoo.com/group/zilienjournal/)		
		<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 _____ € jährlich im Voraus von meinem Konto abzubuchen.

(Bitte den Mitgliedsbeitrag in Höhe von mindestens 26,-€ 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-wissenschaftlichen Beirat
Dr. Ahrens, Darmstadt Dr. Illing, Stuttgart Heike Linz-Keul, Fürth Dr. Nüßlein, Bochum Prof. Omran, Freiburg Dr. Seithe, Nürnberg

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