

# Landesverband der Kehlkopferierten NRW e. V.

Gemeinnütziger Verein  
Geschäftsstelle: Massener Str. 27 a, 59423 Unna  
Tel. / Fax: 0 23 03 / 1 38 73



## -Aufnahmeantrag-

(bitte deutlich schreiben, zutreffendes ankreuzen)

Hiermit beantrage ich ab den ..... die Aufnahme in den / die

Landesverband ..... Bezirksverein .....

Ortsverein ..... Sektion ..... SHG .....

Strasse ..... Plz. .... Ort .....

Tel.: ..... E-Mail .....

als kehlkopferiertes Mitglied       als förderndes Mitglied       als Ehepartner

Name ..... Vorname .....

Strasse ..... Plz. .... Ort .....

Tel.: ..... E-Mail .....

Geburtsdatum ..... Krankenkasse .....

Operationsort und Klinik .....

Anmerkung: Die Beantwortung der medizinischen und den Beruf betreffenden Fragen ist freiwillig

Operationsdatum: ..... Operations- und Behandlungsmethode (zutreffendes bitte ankreuzen)

Totalentfernung  Teilentfernung  Laserbehandlung  Bestrahlung  Chemotherapie

Ersatzstimme (zutreffendes bitte ankreuzen)

Oesophagus  Stimmprothese  elektronische Sprechhilfe  Pseudoflüstern  keine Ersatzstimme

Beruf ausgeübt ..... Beruf jetzt .....

Der Mindestbetrag beträgt monatlich ..... das sind halbjährlich ..... jährlich .....

Der Betrag wird überwiesen

Der Betrag soll von meinem Konto abgebucht werden

Bankinstitut: .....

BLZ: ..... Konto Nr.: .....

(Weist mein Konto die erforderliche Deckung nicht auf, besteht seitens der Bank keine Pflicht zur Einlösung)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Der Landesverband der Kehlkopferierten setzt sie davon in Kenntnis, dass zur Vereinfachung der Mitgliederverwaltung die Angaben der Mitglieder unter Beachtung des Bundesdatengesetzes gespeichert werden, Es folgt keinerlei Weitergabe an Dritte, ein Missbrauch ist ausgeschlossen.