



-Aufnahmeantrag-

(bitte deutlich schreiben, zutreffendes ankreuzen)

Hiermit beantrage ich ab dem die Aufnahme in den / die

Sektion SHG

als kehlkopferiertes Mitglied als förderndes Mitglied als Partner

Name Vorname

Straße Plz. Ort

Tel.: E-Mail

Geburtsdatum Krankenkasse

Operationsort und Klinik

Anmerkung: Die Beantwortung der medizinischen und der berufsbetreffenden Fragen ist freiwillig

Operationsdatum: Operations- und Behandlungsmethode

Totalentfernung Teilentfernung Laserbehandlung Bestrahlung Chemotherapie

Ersatzstimme Oesophagus Stimmprothese elektronische Sprechhilfe Pseudoflüstern

Beruf ausgeübt Beruf jetzt

Der Mindestbetrag beträgt monatlich 2,50 € halbjährlich 15.- € jährlich 30.- €

oder (Betrag €) _____ und 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)

abweichend hiervon :

Bei der Ausstellung des Antrages hat mitgewirkt.....

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Der Bundesverband der Kehlkopferoperierten 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.

Unsere Bankverbindung: Sparkasse Uelzen, Konto-Nr.: 270 37 Bankleitzahl: 258 501 10