

Beitrittserklärung

Alport Selbsthilfegruppe e.V.
Lindenstraße 41
61184 Karben

Spendenkonto
Alport Selbsthilfegruppe e.V.
Frankfurter Volksbank eG
BLZ 501 900 00
KTO 600 119 423 0

<input type="checkbox"/> Einzelperson	<input type="checkbox"/> Familie	Anzahl Familienmitglieder	_____
Name	_____	Vorname	_____
Straße	_____	PLZ/Ort	_____
Geburtsdatum	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
E-Mail	_____	Telefon	_____
Ort/Datum	_____	Unterschrift	_____

(Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Alport Selbsthilfegruppe e.V. und erkenne deren Satzung an. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass ein Datenaustausch ausschließlich zu Vereinszwecken stattfindet.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Adresse zwecks Kontaktaufnahme an betroffene Personen weitergegeben werden darf.

Freiwillige Angaben zum Krankheitsverlauf