



Treten Sie ein

Über 5.000 Mitglieder kämpfen im Mukoviszidose e.V. gegen die Folgen der unheilbaren Erbkrankheit. Betroffene, Forscher und Behandler arbeiten Hand in Hand, um das Leben mit Mukoviszidose zu erleichtern sowie Forschung und Therapie voranzubringen. Je mehr wir sind, desto mehr Gehör finden wir auch in Politik und Gesellschaft!

Ihre Vorteile als Mitglied:

- Sie bekommen ein Starterpaket mit aufbereiteten Informationen.
- Wir schicken Ihnen unsere Mitgliederzeitschrift muko.info.
- Wir beraten Sie bei Fragen, die mit der Erkrankung verbunden sind.
- Sie erhalten vergünstigte Preise bei CF-Tagungen und CF-Seminaren.

Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie Fragen zur Mitgliedschaft haben oder weitere Informationen benötigen.

Mukoviszidose e.V.

In den Dauen 6, 53117 Bonn
info@muko.info, +(49)228 98 78 00



Ja, Ich möchte Mitglied im Mukoviszidose e.V. werden

Persönliche Daten:

Vorname, Name

Adresszusatz

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Datum, Ort, Unterschrift

Datenschutzerklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen satzungsgemäß verwendet und automatisiert verarbeitet werden dürfen.

Datum, Ort, Unterschrift

Ich bin betroffen als:

Mukoviszidose-Patient Elternteil Angehöriger

Name & Geburtsdatum des Kindes/der Kinder mit CF

Mitgliedsbeitrag 72 Euro jährlich

Ich beantrage: Beitragsreduzierung (36 Euro)

Beitragsbefreiung (gen. Beitragsordnung)

Ich bin nicht-ärztlicher Behandler in der CF-Versorgung:

Psychosoziale Betreuung Ernährungsberatung

Pflegeberufe Physiotherapie Sporttherapie

Mitgliedsbeitrag 36 Euro jährlich

Ich bin ärztlicher Behandler in der CF-Versorgung:

Arzt

Mitgliedsbeitrag 72 Euro jährlich

Sie helfen uns, Verwaltungskosten zu vermeiden, wenn Sie umsichtigen Lastschriftinzug ausfüllen, unterschreiben und an uns zurücksenden.

Herzlichen Dank!

Lastschrift einzug

- jährlich halbjährlich vierteljährlich

Ich ermächtige den Mukoviszidose e.V., den umseitig eingetragenen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Mukoviszidose e.V. auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Vorname, Name	<input type="text"/>
Ggf. Unternehmen	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Kreditinstitut	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
IBAN DE	<input type="text"/>
IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mukoviszidose e.V., In den Dauen 6, 53117 Bonn
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE89ZZZ00000034354
Mandatsreferenznummer:

(wird vom Mukoviszidose e.V. ausgefüllt und Ihnen separat mitgeteilt)

Mukoviszidose e.V.
In den Dauen 6
53117 Bonn

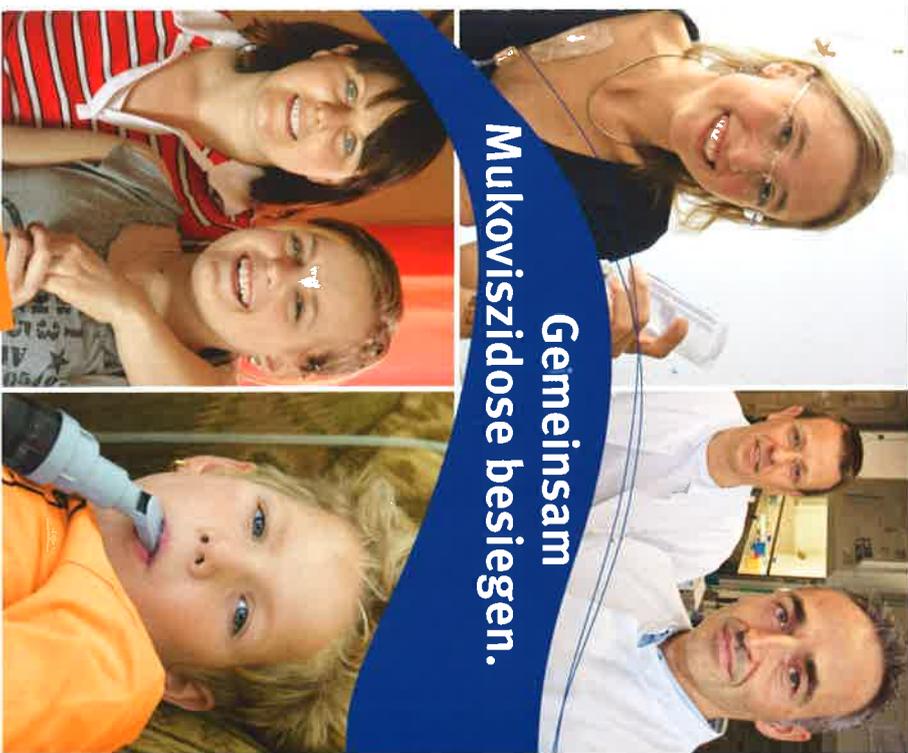
Bitte senden Sie die
ausgefüllte Beitritts-
erklärung per Post an
uns zurück



In den Dauen 6
53117 Bonn

MUKOVISZIDOSE

Gemeinsam
Mukoviszidose besiegen.



Werden Sie
Mitglied!



MUKOVISZIDOSE