



# HILFSGEMEINSCHAFT DER DIALYSEPATIENTEN UND TRANSPLANTIERTEN REGENSBURG/STRAUBING E.V.

Siegfried Bäumel

Hirschenkreuther Straße 61 84066 Mallersdorf-Pfaffenberg Tel. 08772/91081

Fax. 08772/91430

## Beitrittserklärung

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

### Erstes Mitglied

-Mitglied in der L. A. G. H. –

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Geburtsdatum	
Beruf	

**Dialysepatient**

CAPD seit \_\_\_\_\_ behandelndes Zentrum:

Hämodialyse seit \_\_\_\_\_

Transplantiertes

Fördermitglied

### Zweites Mitglied (Partner)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Beruf	

## Hiermit erkläre ich den Beitritt zur Hilfsgemeinschaft der Dialysepatienten und Transplantierten Regensburg/Straubing e.V.

Datum	Unterschrift 1. Mitglied	Unterschrift 2. Mitglied

### Mitgliedsbeitrag:

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich 21 Euro. Wird auch der Partner Mitglied, zahlen beide zusammen 26 Euro, als förderndes Mitglied sind jährlich 50 Euro zu errichten.

### Abbuchungsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich stets widerruflich den o. g. Verband, den jährlichen Beitrag von meinem nachfolgend genannten Konto abzubuchen.

IBAN	BIC	Geldinstitut (Name&Ort)

Datum	Unterschrift des Kontoinhabers