



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt in die Selbsthilfegruppe der Kehlkopferierten Bergisch Land:

Vor- und Nachname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ / Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Ich bin Kehlkopferiert Ich bin nicht Kehlkopferiert Ich bin Förderer

Die Beantwortung der medizinischen und berufsbetreffenden Fragen ist freiwillig.

Operationsdatum: _____ Operationsklinik: _____

Operations- und Behandlungsmethode:

Totalentfernung Teilentfernung Laserbehandlung Bestrahlung Chemotherapie

Ersatzstimme: Oesophagus Stimmprothese elektronische Sprechhilfe Pseudoflüstern

Beruf ausgeübt: _____ Beruf jetzt: _____

Ort und Datum

Unterschrift

Die SHG freut sich über Ihren Beitritt und begrüßt Sie recht herzlich. Der satzungsgemäße Beitrag beträgt 2,-€ monatlich. Wir erbitten die Zahlung des Jahresbeitrags von 24,-€ im ersten Vierteljahr auf unser Konto. Mit dem Beitritt nimmt der Verein die Daten auf. Diese Informationen werden in dem EDV Systemen des Vereins gespeichert. Die personenbezogenen Daten werden dabei durch geeignete und technische Maßnahmen vor der Kenntnisnahme Dritter geschützt. Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit grundlos widerrufen. Bitte wenden Sie sich dafür an den Leiter der SHG Kehlkopferierte Bergisch Land.

Bankverbindung Stadtparkasse Solingen
IBAN: DE76 3425 0000 0001 6321 40
BIC: SOLSDE33XXX

Telefon: 02051 – 60 70 52
E-Mail: kehlkopferierte-bergisch-land@web.de
www.kehlkopferierte-bergisch-land.de