



Alpha1 Deutschland

Gesellschaft für Alpha-1-Antitrypsinmangel-Erkrankte e.V.

Alte Landstr. 3, 64579 Gernsheim,
Tel.: 0800-5894662, E-Mail: info@alpha1-deutschland.org

Beitrittserklärung

Pro Person bitte **EINEN** Bogen **IN DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen - vielen Dank!

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Alpha1 Deutschland – Gesellschaft für Alpha-1-Antitrypsinmangel-Erkrankte e.V., und zwar als (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Mitglied (Jahresbeitrag: 30€) Erwachsenes Familienmitglied (Jahresbeitrag 15€)
 Betroffenes Kind, auch MZ, unter 18 Jahren (kostenfrei, wenn mind. ein Elternteil Vollmitglied ist)
 Mitglied mit mehr als dem Mindestbeitrag, nämlich _____ €

Sind betroffene Kinder im Haushalt? MZ_____ ZZ_____ weiß nicht _____ Geburtsjahr_____

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Geb.-Datum: _____

E-Mail: _____

Diagnostiziert als (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- PiZZ PiSZ PiMZ PiMM
 Andere Formen: Pi _____ nicht getestet

Schwerpunkt: Lunge Leber Gesund Andere: _____

Die Mitgliedschaft verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres (30.09.) die schriftliche Kündigung per Brief, Fax oder E-Mail erfolgt. Mit der Weitergabe meiner Anschrift, Telefonnummer und E-Mail-Adresse an den zuständigen Selbsthilfegruppenleiter zum Zweck der Kontaktaufnahme bin ich einverstanden: Ja Nein (nicht angekreuzt gilt als Zustimmung)

Ich melde mich zum kostenfreien Alpha1 Newsletter an: Ja Nein

Wie haben Sie von uns erfahren? _____

Ich habe die [Datenschutzrichtlinie](#) zur Kenntnis genommen und stimme dieser zu. Datum: _____
Unterschrift: _____

Bankeinzugsermächtigung

Name des Kontoinhabers: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Bitte buchen Sie den Mitgliedsbeitrag im Lastschriftverfahren von meinem folgenden Konto ab:

Name der Bank: _____

IBAN

BIC

Datum: _____ Unterschrift: _____