

# Beitrittserklärung

Ich erkläre den Beitritt zum  
Mukoviszidose e.V. Leipzig



---

Name, Vorname

Geb.-Datum

---

Email-Adresse / Telefonnummer (nur für Vereinszwecke)

---

Straße, Hausnummer

---

Postleitzahl, Ort

**Datenschutzerklärung:** Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen satzungsgemäß verwendet und automatisiert verarbeitet werden dürfen.

Als Mitglied unseres Vereins werden Sie automatisch Mitglied unseres Dachverbandes:  
Mukoviszidose e.V. - Bundesverband Cystische Fibrose (CF) - Gemeinnütziger Verein  
In den Dauen 6 | 53117 Bonn | [www.muko.info](http://www.muko.info)

Bitte ankreuzen:

**ermäßigter  
Jahresbeitrag  
36,00 Euro**

**Ermäßigung nur in folgenden Fällen möglich:**

Ich bin Mukoviszidose-Betroffener.

Ich bin Therapeut.

Oder:

**Jahresbeitrag  
72,00 Euro**

Unterschrift zur Beitrittserklärung und Datenschutzerklärung

---

**Bitte unterschrieben und vollständig  
ausgefüllt Versand an:**

Mukoviszidose e.V. Leipzig  
Theresienstr. 63  
04129 Leipzig