

Beitrittserklärung

Ich erkläre den Beitritt zum
Mukoviszidose Selbsthilfe Leipzig e. V.



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.

Bitte ankreuzen:

*ermäßigter
Jahresbeitrag*
41,00 Euro

Ermäßigung nur in folgenden Fällen möglich:

- Ich bin Mukoviszidose-Betroffener.
 Ich bin Therapeut.

Oder:

Jahresbeitrag
77,00 Euro

Unterschrift zur Beitrittserklärung und Datenschutzerklärung

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

Mukoviszidose Selbsthilfe Leipzig e.V.
Senefelderstraße 7
04317 Leipzig