



Kraniopharyngeom-Gruppe

Die Selbsthilfegruppe
von Betroffenen - für Betroffene

Unsere Anschrift
für das Adressfenster

Kraniopharyngeom-Gruppe
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung
Adenauerallee 134

53113 Bonn

Datum: _____

Bitte zweite Seite beachten! 

ich möchte kostenlos die Zeitschrift
 WIR Total Normal
der Deutschen Kinderkrebsstiftung erhalten

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der Kraniopharyngeom-Gruppe:

Vorname und Name des Betroffenen: _____ **Geburtsdatum:** _____

Namen der Eltern (bei Minderjährigen) - oder - **Firmennamen** (bei fördernder Mitgliedschaft): _____

Adresse der Eltern falls abweichend: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ **Telefax, Handy:** _____

E-Mail: _____ **alternative E-Mail:** _____

Mein Jahresbeitrag: _____ Euro (Mindestbeitrag 12,- Euro)

Ich zahle per Bankeinzug. **Inhaber:** _____ **Hinweise zum Datenschutz:**
Bank: _____ Personenbezogene Daten werden nur mit Ihrem Wissen und Einwilligung erhoben. Eine Weitergabe der Adresse erfolgt nur im Sinne der Selbsthilfegruppe und nur mit Ihrer Einwilligung.
BLZ: _____ **Konto:** _____

Ich wünsche **Informationen, Kontakte** zu anderen Betroffenen
Ort, Datum, Unterschrift: _____

Postadresse: Deutsche Kinderkrebsstiftung
Bank: Dresdner Bank, Bonn
BLZ: 370 800 40
Konto: 555 666 00
Kraniopharyngeom-Gruppe
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung
Adenauerallee 134
53113 Bonn
Wichtig ist die Verwendung:
Kraniopharyngeom-Gruppe
Eine Auskunft über Ihre gespeicherten Daten erhalten Sie gerne auf Antrag.
www.kraniopharyngeom.de

Kraniopharyngeom-Gruppe

Die Selbsthilfegruppe von Betroffenen - für Betroffene

Kraniopharyngeom-Gruppe
c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung
Adenauerallee 134
53113 Bonn

Einwilligung zur Weitergabe persönlicher Daten im Rahmen der Gruppe

Ich bin damit einverstanden, dass folgende persönliche Daten über die Kraniopharyngeom-Gruppe an andere von der Erkrankung Betroffene weitergegeben werden können:

Familienname, Vorname :

Vorname des Betroffenen :

Geburtsdatum des Betroffenen :

Adresse :

Telefonnummer :

Telefax / Handy :

Email-Adresse:

Operation(en), im Jahr :

Behandlungen (z.B. Bestrahlung) :

Bemerkungen:

Ort

Datum

Unterschrift