

## AdP e. V. - Bauchspeicheldrüsenerkrankte

Haus der Krebs-Selbsthilfe  
Thomas-Mann-Str. 40



53111 Bonn

AdP e. V. - Bauchspeicheldrüsenerkrankte

## Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum AdP e. V. - Bauchspeicheldrüsenerkrankte.  
Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit 5,00 € im Monat (Jahresbeitrag 60,00 €).

Nachname: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Strasse/Nr.: ..... PLZ/Ort: .....

Bundesland: ..... E-Mail: .....

Telefon: ..... Fax: .....

Info/Empfehlung durch .....

Bei den folgenden Fragen können Sie mehrere Antworten ankreuzen:

Bauchspeicheldrüsenoperation  ja  nein  geplant

Operation wann: ..... Operation wo: .....

Bauchspeicheldrüsenerkrankung  Bauchspeicheldrüsentumor (gut- oder bösartig)  
 akute Bauchspeicheldrüsenentzündung  
 chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung  
 sonstige .....

Diabetes mellitus  ja  nein

Datum: ..... Unterschrift: .....

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu leistenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres nachfolgend aufgeführten Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Zahlweise:

jährlich  halbjährlich  quartalsweise

Kontoführendes Kreditinstitut: .....

Kontonummer: ..... BLZ: .....

Name, Vorname des Kontoinhabers: .....

Ort, Datum: .....

Rechtsgültige Unterschrift: .....