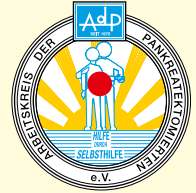


Sie haben die Möglichkeit dieses Formular am Bildschirm auszufüllen. Bitte anschließend ausdrucken, **unterschreiben** und an untenstehende Adresse senden.

## Anmeldung zur Mitgliedschaft

AdP e.V. - Bundesgeschäftsstelle  
Thomas-Mann-Str. 40 · 53111 Bonn



Eintritt als Mitglied ab

Mitglieds-Nr.

(wird von der BGS ausgefüllt)

als Betroffener    als nächste/r Angehörige/r    als Minderjährige/r    als förderndes Mitglied

Ich bin bereit, beim Arbeitskreis der Pankreatektomierten ehrenamtlich mitzuwirken:  ja    nein

Name

Vorname

Straße/Nr.

PLZ/Wohnort

Telefon

Beruf

(falls Rentner, bitte auch vorherigen Beruf)

Geburtsdatum

gewünschte Regionalgruppe

E-Mail

Minderjährige/r

Geb.-Datum

### Erklärung zur Zahlung des Mitgliedsbeitrages

Die Mitgliedschaft schließt das AdP-Handbuch (Loseblattsammlung) ein.

Der Regelbeitrag beträgt 5,- EUR pro Monat.

Der Beitrag kann bei finanziellen Problemen teilweise oder ganz erlassen werden (Begründung bitte mitteilen). Kündigungsfrist: 3 Monate vor Jahresende

Ich möchte meinen Beitrag auf  EUR erhöhen

Ich möchte den Beitrag überweisen.    jährl.    ½ jährl.    ¼ jährl.

Ich bitte um Zusendung eines Überweisungsvordrucks.

Ich bitte den Beitrag von meinem Konto abzurufen. **SEPA-Lastschrift-Mandat**

Arbeitskreis der Pankreatektomierten (AdP) e.V., Bonn · Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 18 ZZZ 000 000 216 64

Mandatsreferenz = zukünftige Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den AdP e.V., Zahlungen für meine Mitgliedschaft von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom AdP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

BIC

IBAN

Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls nicht mit Mitglied identisch

Datum / Unterschrift des Mitgliedes\*

Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht Mitglied)

*Angaben zur Person (für statistische Zwecke / freiwillige Angaben)*

**Angaben zur Erkrankung:**

Bauchspeicheldrüsenoperation  ja  nein  geplant

Operationsjahr \_\_\_\_\_ Operationsort / Krankenhaus \_\_\_\_\_

**Operationsart:**

Whipple  Magenausgang erhaltend:  ja  nein Zwölffingerdarmerhaltend:  ja  nein

Linksresektion  Teilresektion  Totale Resektion  seltener Tumor

Name des Tumors: \_\_\_\_\_

**Bauchspeicheldrüsenerkrankung:**

Bauchspeicheldrüsentumor  bösartig  gutartig  NET  Zyste  Divisum

Bauchspeicheldrüsenentzündung  Akut  Chronisch

Sonstige:

**Diabetes mellitus**  ja  nein **Typ**  1  2  pankreoпрiver

Andere Folgeerkrankungen:

Wodurch wurden Sie auf den AdP aufmerksam?

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Speicherung meiner angegebenen Daten in der Bundesgeschäftsstelle einverstanden.

Ich widerspreche der Weitergabe

meiner Anschrift

meiner Angaben zur Erkrankung

an die verantwortlichen Regionalgruppenleitung der für mich zuständigen Region.

Wir speichern und verarbeiten nur im Rahmen der Mitgliedschaft die für unsere Mitgliederverwaltung erforderlichen personen- und gesundheitsbezogenen Daten sowie die Zahlungsmodalitäten entsprechend (DSGVO). Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden alle Daten gelöscht.

Ihre Anschrift sowie ggf. Angaben zur Erkrankung erhalten – Ihr Einverständnis vorausgesetzt – lediglich die verantwortlichen (und zur Vertraulichkeit verpflichteten) Mitarbeiter der zugeordneten AdP-Region. Dadurch ist die Möglichkeit gegeben, Sie zu Veranstaltungen einzuladen.

Datum\*

Unterschrift\*