

Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Atemwegsliga e.V.

BEITRITTSERKLÄRUNG

Histiocytose ist eine seltene und bislang unheilbare Erkrankung der Körperzellen, mit unklarer Ursache. EHX e.V. – Plattform für Betroffene, Angehörige und Ärzte. Nur mit Ihrer Bereitschaft zur Mitgliedschaft oder Spende kann es uns gelingen, die Ziele des Vereins zu verwirklichen. Der EHX e.V. wird beim Finanzamt Essen-Ost mit der Steuernummer: 111/5780/3113 geführt, ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.

EHX e.V. c/o Dagmar Kauschka 1. Vors.
Langenberger Str. 805, 45257 Essen
Tel. / Fax : 0201 – 48 89 90 ·
Email: d.kauschka@ehx-ev.de
Mobil: 0177 7 15 52 85

Machen Sie mit – Helfen Sie mit! Damit wir gemeinsam für die Forschung kämpfen können!

- als Histiocytose-Patient (Jahresbeitrag mit Abbuchung: 26,00 Euro*)
- als Histiocytose-Patient (Jahresbeitrag Selbsteinzahler: 31,00 Euro*)
- als „komplette Familie“ (Jahresbeitrag mit Abbuchung: 39,00 Euro*)
- als „komplette Familie“ (Jahresbeitrag Selbsteinzahler: 44,00 Euro*)
- als Freund und Förderer (Jahresbeitrag kann selbst festgelegt werden)
- als wissenschaftlicher Beirat (Jahresbeitrag kann selbst festgelegt werden; mindestens jedoch: 26,00 Euro)

*Gern kann jeder auch freiwillig einen höheren Mitgliedsbeitrag einsetzen.

Bitte geben Sie uns Ihre Kontaktdaten an:

Name, Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon, Fax, Email: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf, Tätigkeit: _____

Krankenkasse, Anschrift: _____

Bemerkungen: _____

Kenntnis des Vereins durch: _____

Ich erkläre mich einverstanden, die Interessen des Vereins zu wahren und zu vertreten. Die Vereinsatzung, und ein Mitgliedsausweis, werden bei einer Mitgliedschaft automatisch zugesendet. Eine Zuwendungsbestätigung (ZWB) wird zum Jahresende erstellt.

- Ich benötige **KEINE** ZWB Ja, ich benötige **EINE** ZWB

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____
(oder Erziehungsberechtigte/r)

Einzugsermächtigung · Hiermit ermächtige ich den EHX e.V. (Erwachsenen Histiocytose X e.V.) widerruflich, den von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag 1 x jährlich zu Lasten meines Kontos abzubuchen.

Mitgliedsbeitrag in Euro: _____ Geldinstitut: _____

Kontonummer: _____ Bankleitzahl (BLZ): _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____
(Kontoinhaber)