



Beitrittserklärung

Familienname: Vorname:

Anschrift:

E-Mail: Tel. Nr.:

Geboren am:

Diagnose:

Behandlung/Therapie:

.....

.....

Operation am:

Der Mitgliedsbeitrag beträgt aktuell bis Ende 2026 jährlich € 30,00, ab 2027 € 35,00.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Mitglied