



# Vereinigung Akustikus Neurinom e.V

Vereinigung Akustikus Neurinom  
Kassenwartin  
Frau Hannelore **Fichte**  
Freseniusstrasse 65.

**D – 61389 Schmitten**

Datum \_\_\_\_\_

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Vereinigung Akustikus Neurinom e.V.  
Notwendige Angaben sind **hervorgehoben** und mit einem \* markiert

### 1. Persönliche Daten

Anrede \_\_\_\_\_  
Titel \_\_\_\_\_  
**Vorname \*** \_\_\_\_\_  
**Nachname \*** \_\_\_\_\_  
**Strasse \*** \_\_\_\_\_  
**Hausnummer \*** \_\_\_\_\_  
**Postleitzahl \*** \_\_\_\_\_  
**Ort \*** \_\_\_\_\_  
Land (falls nicht D) \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum \*** \_\_\_\_\_  
Ausbildung \_\_\_\_\_  
Tätigkeit \_\_\_\_\_

### 2. Einzugsermächtigung

Ich erteile eine Einzugsermächtigung für den Jahresmitgliedsbeitrag von 30,- Euro. Nur in begründeten Fällen ist eine Ausnahme möglich. Antrag bitte in das Feld "Anmerkungen" schreiben.

Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist der quartalsmäßig erscheinende "VAN-Rundbrief" mit vielen aktuellen Hinweisen und Informationen im Zusammenhang mit dem "Akustikusneurinom" und auch anderen Gesundheitsfragen.

**Kontoinhaber \*** \_\_\_\_\_  
**Konto-Nr. \*** \_\_\_\_\_

**Bankleitzahl \*** \_\_\_\_\_  
**Kreditinstitut \*** \_\_\_\_\_  
**Unterschrift \*** \_\_\_\_\_

### 3. Spendenbescheinigung

Ich bitte um eine Steuerabzugsbescheinigung für das Finanzamt

### 4. Informationsmaterial

Ich bitte um die Zusendung der Broschüre „Das Akustikusneurinom“

### 5. Ich möchte Anderen helfen...

und erkläre mich mit der Weitergabe meiner Adresse an ratsuchende VAN-Mitglieder einverstanden.

### 6. Anmerkungen

### 7. Unterschrift

**Ort \*** \_\_\_\_\_  
**Datum \*** \_\_\_\_\_  
**Unterschrift \*** \_\_\_\_\_