

✓ Gute Gründe, um Mitglied zu werden

Sie sind erkrankt, Familienangehöriger oder als Gesunder interessiert? Sie wünschen Informationen, Beratung, Begleitung oder wollen einfach nur helfen? Kein Problem als Mitglied. Mit allen Vorzügen, die ELA Deutschland zu bieten hat. Die vergünstigte Teilnahme am Familientreffen, Neues aus der Forschung . . .

ELA Deutschland e.V. • Europäische Vereinigung gegen Leukodystrophien • European Leukodystrophy Association

Geschäftsstelle
ELA Deutschland e.V.
Am Bleichrasen 7



35279 Neustadt/Hessen

Neues Mitglied

Vorname, Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Geburtstag: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Diagnose: _____

Bankverbindung für Einzugsermächtigung (optional)

Beitragshöhe (jährlich derzeit € 30,- /Person, € 50,- für Organisationen und Ärzte)

IBAN: _____ BIC: _____

Bank: _____ Beitragshöhe (mind. o.g. Beträge): _____ €

Kontoinhaber: _____

Unterschrift des Kontobevollmächtigten: _____

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt!

Die Satzung habe ich gelesen und bin einverstanden!
(Satzung, auf www.elaev.de)

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte schicken Sie dieses Formular an die oben bereits eingedruckte Adresse, oder per Fax an die Nummer: 03212-1235339.

Um weitere Fragen zu klären, werden wir uns umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen!



Vielen Dank & Willkommen bei ELA Deutschland e.V.